

التدخين

الاستمرار الامتناع

دكتور
عبد المنعم شحاتة
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنوفية



التدخين

الاستمرار – الامتناع

دكتور

عبد المنعم شحاتة

أستاذ علم النفس

كلية الآداب – جامعة المنوفية

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر
إعداد/ الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

شحاته ، عبد المنعم.

التدخين: الاستمرار ـ الامتناع. تأليف/ عبد المنعم شحاته ـ ط ١ ـ القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠١١. ص ؛ سم

تدمك ٤ ٢٤٣ ٣٨٣ ٩٧٧ ٩٧٨

١- التدخين ـ علم نفس

٢ – منع التدخين

٣ – التدخين ـ عادات وتقاليد

١٥٧,٦

اسم الكتاب: التدخين: الاستمرار ـ الامتناع.

اسم المؤلف: عبد المنعم شحاته

رقم الطبعة: الأولى

السنة: ٢٠١٢

رقم الإيداع: ٢٠١١/١٧٢٨٦

الترقيم الدولي: ٤- ٢٤٣- ٣٨٣- ٩٧٧ - ٩٧٨

اسم الناشر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

العنوان: ١٢ش حسين كامل سليم – الماظة – مصر الجديدة

المحافظة: القاهرة

التليفون: ٢٤١٧٢٧٤٩

اسم المطبعة: الدار الهندسية

العنوان: زهراء المعادي – المنطقة الصناعية

إذا عصفت بهمتك (اللفائف) [1]

وجاءك كيدها كالجيش زاحف

ربت وقد أذابت منك روحـا

فعالة سمها ولظاها [2] عارف

أقم في صدها حربا عوانـــا

ولا تخدعك في لين الحطارف

في أحشائها ســم زعـــاف

وطالـــع ثغرها للهب قاذف

(عن : مجلة العربي، ع٤٢٢، يناير ١٩٩٤ص٥٩)

---

[1] اللفائف : السجائر

[2] لظاها : نارها



الإهداء

إلى روح أستاذي

الأستاذ الدكتور/عبد الحليم محمود السيد

نموذج العالم الزاهد المتفاني في خدمة دينه ووطنه .

المؤلف

مقدمة

يسعدني أن أقدم لقراء العربية تحديثًا لكتاب "سيكولوجية التدخين" والذي صدر قبل عشر سنوات بهدف إماطة اللثام عن مشكلة شديدة الخطورة يواجهها العالم أجمع، ومن أبرز مظاهر هذه الخطورة:-

١- أن معدلات الأقدام على التدخين مازالت تثير القلق، فوفقا لدراسات منضبطة منهجيا تقدر نسبة المدخنين بين طلاب الثانوي العام الذكور ١٠,٨% وبين طلاب الجامعة الذكور ٢٠% وبين عمال الصناعة الذكور أيضا ٥٢,٤% (مصطفى سويف، ١٩٩٦ :١٤٧- ١٤٨) بل تشير التقديرات إلى وجود ١٧ مليون مدخن (منهم نصف مليون تحت سن ١٥) يدخنون ٨٠ مليار سيجارة (قيمتها ثماني مليارات جنيه) سنويًا، هذا في مصر، أما في الأردن فأن دراسة أجريت على عينة من طلاب جامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا بأربد (كانت العينة قوامها ٦٥٠طالبا وطالبة)أن معدل التدخين بينهم ٢٨,٦٥% (٥٠,٢% بين الذكور،٦,٥% بين الإناث) (Haddad &Malak, ٢٠٠٢). وتكشف دراسة أخرى أن نسبة المدخنين بين طلاب الثانوي الأردنيين ١٥,٥%، وبين نظرائهم الاماراتيين ١٥,٩% والسودانيين ١٥,٣% (عبد الحليم محمود السيد، ١٩٩٧)؛ ويكشف مسح تم في ايطاليا سنة ٢٠٠٠ أن ٢٥% من الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥و٢٤سنة منتظمين في التدخين (Bonino; et al.,٢٠٠٥:٤٤) وتتجاوز نسبة المدخنين بين المراهقين الأمريكيين (دون السابعة عشر من العمر) ٢٨% (أي أكثر من ٦,٥ ٤مليون أمريكي) بل تشير التقديرات إلى أن أكثر من أربعة آلاف مراهق أمريكي يبدأ ون التدخين كل صباح (www.cdc-gov)، وفي المملكة المتحدة يدخن ١١% من الأولاد والبنات ممن تتراوح أعمارهم بين ١١و١٥سنة (Sandford,٢٠٠٨) وفي الصين تقدر نسبة المدخنين- وفقا لدراسة مسحية بمشاركة عينة قومية – بـ ٤٣,١% (نسبة الذكور بينهم ٦٣%) (Yang, et al, ١٩٩٩؛وتجري منظمة الصحة العالمية WHO – ومنذ عام ١٩٩٨ – مسحا علي الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣و١٥ سنة - شارك في مسح ٢٠٠٧ طلاب ١٥١ دولة - تبين منه أن أكثر من ٣٠% من طلاب دول كبلغاريا وكولومبيا وشيللي وغينيا يدخنون مقابل ١٩%

بدول الاتحاد الأوربي و١٥% بالقارة الأمريكية و٥% بدول غرب المتوسط وأن معدل التدخين في هذا العمر علي مستوى العالم٥ . ٩% (Warren; et al.;٢٠٠٨) ، أي أن معدل انتشار التدخين مازال خطيراً.

٢- يعد التدخين المسئول الأول عن قائمة طويلة من الأمراض تؤدي الإصابة بها إلى الوفاة، فإحصاءات مركز السيطرة على الأمراض (CDC) – وهو أمريكي – تشير إلى وفاة ٤٤٠ ألف شخص سنويا (يمثل الذكور منهم ٥٩,٧%) نتيجة الإصابة بأمراض سببها المباشر التدخين، كما تشير الإحصاءات البريطانية إلي وفاة مائة شخص سنوياً بسبب التدخين؛ وهو عدد يفوق ما تسببه كل المخدرات مجتمعة(Sandford,٢٠٠٨)، أما تقديرات منظمة الصحة العالمية فتكشف عن وفاة حوالي خمسة ملايين ونصف المليون فرد حول العالم نتيجة التدخين سنة ٢٠٠٦، وإذا استمر معدل التدخين على هذا النحو فإن عشرة ملايين (٧٠%منهم بالدول النامية) سيموتون سنويًا سنة ٢٠٢٠ وأن مليارًا من البشر سيموتون خلال القرن الحادي والعشرين معظمهم من الدول الفقيرة (Warren; et al.,٢٠٠٨). هذا بالنسبة لأفراد مكتملي النمو بدأوا التدخين في سن المراهقة أو بعدها أما إذا كان المدخن أنثى وحامل (تكشف الإحصاءات الأمريكية أن ١٢,٦% من الأمريكيات يدخن أثناء الحمل وفي دراسة مسحية كندية تبين أن ٢٣,٧% من الكنديات دخن أثناء الحمل (www.cdc.gov.connor&Mantyre,١٩٩٩) فإن تدخينها يعني إما وفاة الجنين قبل ولادته أو ولادة طفل ضعيف البنية (أقل وزنا وطولا ونموا) ومن المرجح أن يكون مشوها أو متأخرا عقليًا .

٣- أن التدخين يؤدي إلى خسائر اقتصادية فادحة تتمثل أما في نقص إنتاجية المدخنين (نتيجة تدهور قدراتهم أو تنقلهم من عمل لآخر أو تغيبهم بسبب إصابتهم بأمراض أحدثها التدخين) تصل قيمتها في مصر – التي تعاني من تدني الإنتاجية – إلى ما يوازي ٨٨ مليون ساعة عمل سنويا تقدر قيمتها بمليار جنيه إضافة إلى ١١ مليار جنيه سنويا تكلفة علاج أمراض ناتجة عن التدخين وخمسة مليارات جنيه حجم إنفاق المدخنين المصريين على التدخين. أما في المجتمع الأمريكي ، فتتجاوز الخسائر ٤٧ مليار دولار سنوي إضافة إلى ما

بين ٥٠ و ٧٣ مليار دولار أخرى تكلفة الرعاية الطبية لأمراض ناتجة عن التدخين (Schaall, et al, ٢٠٠٥).

٤- والمظهر الأكثر خطورة، أن منتجات التبغ كافة تسبب الإدمان وأن النيكوتين هو العنصر الموجود في هذه المنتجات ويؤثر في المخ مسببًا هذا الإدمان وأن كل العمليات الكيميائية الحيوية والسلوكية المحددة لإدمان النيكوتين تماثل تماما ما يحدث عند إدمان أكثر المخدرات تأثيرا في الجهاز العصبي كالهيروين والكوكايين .. وغيرهما (Glover, et al, ٢٠٠٥) .

٥- وما يثير الإحساس بالخطر الداهم هو أن إدمان النيكوتين (التدخين) يضاعف احتمالات تعاطي المدخن المخدرات أي أن التدخين بوابة المخدرات كما كان عنوان الطبعة الأولى من هذا الكتاب إذ تؤكد البيانات الاقتران الجوهري بين تدخين السجائر والتأهب لتجريب تعاطي المواد الإدمانية بمختلف أنواعها إذا ما سنحت الفرص لذلك، حيث أن ١٤% من الطلاب المدخنين الذين لم يسبق لهم تعاطي الحشيش أو الأفيون أبدوا استعداداً لتجربتها إذا أتيحت لهم الفرصة مقابل ٢% فقط من غير المدخنين، كذلك أيدي ٣١% من المدخنين الذين لم يسبق لهم شرب الكحوليات استعدادهم لذلك مقابل ٦% من غير المدخنين، وأيدت البحوث التالية هذه النسب (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٤) وتدعم البحوث الأمريكية الفكرة نفسها حيث يتوسط تعاطي المواد المباحة قانونا – كالسجائر والبيرة – بين اللاإدمان وتعاطي مواد إدمانية حيث تحول ٢٧% من طلاب الثانوي بولاية نيويورك خلال ٥ إلى ٦ أشهر من بدء التدخين من تجريب التدخين إلى تعاطي الماريوانا التي كانت بدورها خطوة نحو تعاطي مواد إدمانية أكثر تأثيرا في الجهاز العصبي إذ تحول ٢٥% من متعاطي الماريوانا إلى تعاطي عقار LSD أو الامفيامنيات أو الهيروين وذلك مقابل ١% من غير المدخنين (Kandel,١٩٧٨) مما يؤكد خطورة التدخين كمدخل لإدمان المخدرات.

٦- أن التدخين يعد مشكلة بيئية خطيرة إذ تشغل زراعة التبغ حيزًا من الأرض يكفي لزراعة محاصيل غذائية تفي بغذاء عشرين مليون فرد سنويًا، كما تستهلك صناعة التبغ كميات كبيرة من الماء والوقود وتنتج

ملايين الأطنان من أكاسيد الكربون الملوثة للهواء، كذلك تلوث مخلفات التدخين وأعقاب السجائر ملايين الأفدنة وتقتل الأسماك والطيور وغيرهما.

من هنا ضرورة تكثيف الجهود في مكافحة التدخين وإحدى صور هذه المكافحة هي التوعية إذ ينزلق المراهقون إلى التدخين بسبب مزاعم تجذبهم إليه، وهدف التوعية هو كشف زيف هذه المزاعم وتقديم الدليل على خطأ هذا الزيف حتى يعرف المراهقون حقيقة ما هو مقدمون عليه، وهذا هدف الكتاب الذي بين يديك والذي يفيد كلا من : -

أ- المراهق الذي تراوده فكرة تجريب تدخين السجائر أما استكشافا لما يحدثه التدخين وإما تقليدا لشخص (زميله أو والده أو نجم سينمائي معين) يحبه وفي كلتا الحالتين هذا المراهق بحاجة لمعرفة نتائج ما قد يقدم عليه وهذا هدف الكتاب الحالي.

ب- الراشد المدخن والذي يفكر في الامتناع عن التدخين وربما حاول ذلك ولم ينجح فيقدم له هذا الكتاب إجابات عن أسئلة مثل: لماذا يستمر في التدخين على الرغم من رغبته المتزايدة في التوقف؟ ولماذا فشلت محاولاته للامتناع عن التدخين؟ وما هي شروط نجاح قراره بالامتناع عن التدخين؟ أي كيف يمتنع دون انتكاسة أو معاودة التدخين ؟

ج- المهتمين بصحة أبنائنا من آباء وأمهات ومدرسين وأطباء وإخصائيين اجتماعيين ونفسيين وغيرهم الذين يحتاجون معلومات عن سلوك التدخين : كيفية البدء وكيفية الاستمرار وكيفية الامتناع وكيفية الوقاية.

وأخيرا وليس آخرا فان دعمك عزيزي القارئ واستقبالك للكتاب هو ما يدفعنا لتطويره، الشكر لك سلفا، والشكر لصاحب دار "ايتراك" ولرجالها فلولا جهدهم ما رأى هذا الكتاب النور.

د./ عبد المنعم شحاتة

شبين الكوم: يناير ٢٠١١

مقدمة الطبعة الثانية

على مدى العقود الماضية، شهد العالم بأسره حملة مضادة للتدخين، كانت قوية وذات استمرارية في بعض مناطقه، خصوصا دول الشمال الغنية، وكانت خافتة وموسمية في مناطق أخرى من العالم وبخاصة في الدول النامية، والملاحظ أن هذه الحملة قد حققت بعض أهدافها وأخفقت في تحقيق البعض الآخر.

وتتمثل مؤشرات نجاح هذه الحملة في زيادة انتباه الأطباء ورجال الإعلام والتربية إلى أضرار التدخين الصحية والاجتماعية،كذلك تتمثل في تزايد رغبة المدخنين في الامتناع عن التدخين بل ونجاح البعض منهم في ذلك، فعلى سبيل المثال امتنع خمسة عشر مليون أمريكي عن التدخين فيما بين عامي ١٩٨٢ - ١٩٩٢، كما أنه بحلول عام ٢٠٠٧ سيحظر التدخين حظرًا تامًا في النرويج وسنغافورة حيث ستعامل فيهما منتجات التبغ معاملة المخدرات.

وأما مظاهر إخفاق الحملة المضادة للتدخين في تحقيق أهدافها فتتمثل في وجود نسبة لا بأس بها من الذين يدخنون بكثافة *، كذلك وجود نسبة لا يستهان بها من المراهقين المهيئين لبدء التدخين وتزايد معدلات الذين يبدأون منهم التدخين مبكرًا، إذ تكشف مسوح البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٣٨- ١٤٥) عن زيادة نسبة الطلاب الذين يبدأون منهم التدخين مبكرًا، أي وهم دون الثانية عشرة من العمر، وزيادة الذين يدخنون منهم بكثافة أضف إلى ذلك أن تدخين السجائر ما زال يمثل المشكلة الصحية الأولى في العالم، فالأدلة تؤكد أنه عامل مخاطرة لأمراض تؤدي إلى الموت كأمراض القلب والسرطان فعلى سبيل المثال، يظهر تقرير منظمة الصحة العالمية والصندوق الملكي لمكافحة التدخين بأكسفورد أن ثلاثة ملايين بالدول الغربية، وسبعة ملايين آخرين بالدول النامية يتوفون نتيجة أمراض يسببها التدخين، وأن هذين الرقمين سيتضاعفان ثلاث مرات عام ٢٠٢٥ .

ولهذا السبب، أفتى سماحة الشيخ محمد إبراهيم آل الشيخ - مفتي الديار السعودية الأسبق - بتحريم الدخان وكذلك أفتى الشيخ عبد العزيز بن باز مفتيها السابق، وفضيلة الشيخ المرحوم جاد الحق - شيخ الأزهر

---

* تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك (١٣٠٠) ألف وثلاثمائة مليون مدخن حول العالم سنة ٢٠٠٦، ٨٠% منهم من دول العالم النامي، وأنه في الوقت الذي يتناقص فيه عدد المدخنين بالدول المتقدمة يزيد عددهم في الدول النامية سنويًا وبنسبة ١٠%.

السابق – وأيدهم الدكتور يوسف القرضاوى، معتبرا أن التدخين حرام لأنه يضر بالضرورات الخمس: الدين – والوطن – والنفس– والنسل– والمال، ويؤكد البابا شنودة الثالث أن الدين يحرم التدخين لأنه ضار ويؤذي الآخرين وأنه دليل ضعف الإرادة واستشهد نيافته بقول الكتاب المقدس (كل شي أحل لي إلا ما تسلط منها علي) .

وتشهد الدعوة لحظر التدخين وتقييده دعمًا قويًا لها في مصر خلال أغسطس ١٩٩٧، وذلك حينما طالب الرئيس مبارك أجهزة الدولة بضرورة الحزم عند تطبيق القانون رقم (٤) لسنة ١٩٩٤ – وقد صدر تعديلا للقانون رقم (٥٢) لسنة ١٩٨١ – والذي يحظر التدخين في المحال العامة والأماكن المغلقة، واستجابة لهذه التوجيهات، نظمت أجهزة الدولة – وعلى رأسها وزارة الصحة – حملة قومية لمكافحة التدخين وحماية غير المدخنين .

وندعو الله أن يكتب الاستمرار لهذه الحملة، ولا يكون كسابقتها التي حدثت عام ١٩٨٧ ولم تستمر إلا لأسابيع قليلة، ونرجو أن يتسع نطاق هذه الحملة في الزمان وفي المكان، في الزمان بحيث تستمر حتى تصبح مصر كغيرها ويتناقص فيها معدلات التدخين بدلا من الزيادة السنوية في إعداد المدخنين والتي تتراوح ما بين ٨,١٠% وأن يتسع نطاق هذه الحملة القومية في المكان لتشمل كافة أنحاء الجمهورية بنفس الزخم والحماس الذي هي عليه في القاهرة .

وفي هذا الصدد نأمل أن يقدم هذا الكتاب بعض العون في مجال زيادة الوعي بمخاطر التدخين وبكيفية مواجهته.

ويمثل هذا الكتاب تعديلاً لكتاب صدر قبل خمس سنوات بعنوان (التدخين بوابة المخدرات) فقد تمت مراجعته في ضوء البحوث التي صدرت خلال هذه السنوات الخمس، بما يعد تحديثا للكتاب يجعله مواكبا للحظة الراهنة.

وكل التقدير مني لمن ساهم في تقديم هذا الكتاب لك عزيزي القارئ سواء كان من قراء الكتاب الأول لملاحظات بعضهم المشجعة، أو كان من رجال دار غريب للنشر ،فبفضل أياديهم المخلصة رأت هذه الطبعة النور.

د./ عبد المنعم شحاتة

الشهداء : أغسطس ١٩٩٧

مقدمة الطبعة الأولى*

يعد تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية (المخدرات) أكثر مشكلات القرن العشرين خطورة، إذ تلحق الأذى الشديد بكل من الأفراد والدول على السواء ويتحقق هذا الأذى بغض النظر عن نوع المادة المتعاطاة ، وعن جرعتها فبالنسبة للأفراد، تكشف البحوث (عبد الحليم محمود السيد وآخرون ،١٩٩٠؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٧؛ (Kandal, et al, ١٩٧٨; Soueif, et al, ١٩٨٠) أن المتعاطين :

١- يعانون من أمراض جسمية واضطرابات نفسية بدرجة تزيد – بشكل دال إحصائيا – عن معاناة غير المتعاطين المناظرين لهم، ولا يقتصر الأمر عند هذا الحد بل يعاني أطفال المتعاطيات حديثو الولادة من هذه الأمراض أكثر مما يعاني أطفال غير المتعاطيات، كما أن معدلات أوزانهم وأطوالهم أقل كثيرا بالمقارنة بأطفال غير المتعاطيات.

٢- يعانون من تدهور مستمر في مهاراتهم النفسية والحركية والمعرفية بالمقارنة بغير المتعاطين.

٣- يتسمون بخصال سلبية مثل ضعف الهمة والإحساس بالانقباض والاغتراب وسوء التوافق الاجتماعي والمهني والتخلي عن المسئوليات الحياتية والاندفاعية والعدوان كما لوحظ ارتفاع الميول الإجرامية لديهم إذ يرتكبون الجرائم (مثل: الابتزاز- التزوير- السرقة – الدعارة... الخ) بدافع الحصول علي أموال لازمة لشراء المخدر.

وبالنسبة للدول، فإن تعاطي المخدرات يكلفها أموالا طائلة** في مطاردة المهربين وفي العناية بالأضرار (المرض والعجز والحوادث) المترتبة على تعاطي ما جلبوه من مخدرات كما يفقدها أموالا ضخمة

---

* وكان عنوان الكتاب حينئذ (التدخين بوابة المخدرات).

** تشير البيانات المتضمنة في الكتيب الذي وضعته Debnorah Willoughby والمعنون "كوكايين أفيون ماريوانا: مشكلة عامة"، مواجهة عامة، والذي نشرته هيئة الاستعلامات الأمريكية في مايو ١٩٨٨– إلى ضخامة التمويل الذي تتحمله كل دولة في مطاردة مهربي المخدرات وإبادة الحقول المزروعة نباتات مخدرة (أفيون – كوكا- قنب) وتدمير معامل معالجتها وشبكات ترويجها.

نتيجة نقص إنتاجية المتعاطين إما بسبب تغيبهم الكامل عن العمل أو لضعف قدراتهم ومهارتهم اللازمة لأدائه خصوصا وأن بحوثا عدة (أجنبية ومصرية) (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٧ :٢٦، ١٩٨٦
(Kandal, et al, ١٩٧٨ ; Heller, et al, ١٩٨٦; Chandlar,

قد كشفت أن المتعاطين يبدأون التعاطي وهم في ريعان الشباب ودون العشرين من العمر غالبا بمعنى أن بدء التعاطي يصاحب دائما بدء إسهام الفرد في الإنتاج فيضعف هذا التعاطي قدراته الجسمية ويحدث تدهورًا في قدرته النفسية ومهاراته الاجتماعية، وتشتد وطأة هذا التدهور وذاك الضعف كلما كان المتعاطي صغير السن، وكل هذا يقلل من الطاقة المنتجة في المجتمع .

لذلك تؤرق المخدرات المسئولين في دول العالم أجمع شرقية كانت أو غربية، متقدمة كانت أو متخلفة وتدفع الجميع – فرادي أو مجتمعين – إلى تلمس السبيل لمواجهة المشكلة ويتمثل الاهتمام العالمي بهذه المواجهة في دور الأمم المتحدة، فبالإضافة إلى الجهود الحثيثة لهيئة الصحة العالمية، والمنتظمة على مدى العقود الثلاثة الماضية فقد دعت الجمعية العامة في قرارها الصادر في ١٩٨٥/١٢/١٣إلى عقد مؤتمر دولي يتناول المخدرات، وبعد أقل من عامين وفي أواخر يونيو ١٩٨٧عقد في (فيينا) المؤتمر الدولي للمخدرات:التعاطي والاتجار غير المشروع بحضور ممثلين عن ١٣٨ دولة وأكثر من مائتي منظمة إقليمية وشعبية مهتمة بمشكلة المخدرات وتمثل توصيات هذا المؤتمر إطارا للمعالجة الشاملة للمشكلة،ولم يقف الأمر عند هذا الحد، فقد أصدرت الجمعية العامة في ١٩٨٩/١٢/١٦ قرارًا يدين الاتجار في المخدرات،ويطالب الدول الأعضاء بوضع مشكلة المخدرات في قائمة الأولويات ولم يمض شهران حتى عاودت الجمعية العامة مناقشة المشكلة في الفترة من ٢١ إلى ١٩٩٠/١٢/٢٤ وحثت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة على ضرورة التعاون المتبادل في ميادين مكافحة المخدرات.

وانطلاقا من هذه القرارات ومن الآثار الخطيرة لتعاطي المخدرات والتي تنوء بحملها خزينة أية دولة مهما ارتفعت مواردها، نظمت على

الصعيدين القومي* والدولي حملات مكثفة لمواجهة المخدرات،وتركزت على محورين رئيسين :-

الأول :- خفض المعروض من المخدرات، وضرب شبكات ترويجها في أي مكان وهذا واجب رجال الشرطة والقضاء .

الثاني :- خفض الطلب على المخدرات من خلال علاج المتعاطين وتأهيلهم نفسيا واجتماعيا ومن خلال وقاية المراهقين من بدء تعاطي المخدرات، وهي الخطوة الأكثر فعالية في خفض الطلب على المخدرات ومع ذلك، فلم تنتبه له الدول والحكومات إلا في الأعوام الأخيرة **

وعلى الرغم من التطور الذي يعكسه تنفيذ هذه الحملات إلا أنها مازالت تغفل نقطة لها أهميتها البالغة في نجاحها وهي المدخل أو البداية التي يدخل منها الفرد عالم التعاطي بكل مآسيه ألا وهي (تدخين السجائر) فالسيجارة البداية بالنسبة للمتعاطين لكل أنواع المخدرات تقريبا، ويجب أن تكون البداية – أيضا – لكل حملات خفض الطلب على المخدرات وبإغفال هذه البداية تفقد تلك الحملات مدخلها الذي ييسر لها تحقيق آثارها المرجوة.

لذلك كان وضع الكتاب الذي يبين علاقة تدخين السجائر بتعاطي المخدرات وكيف أنه بوابة هذا التعاطي وهو يتضمن :-

١- تمهيد يبين كيف عرف عالمنا المعاصر تدخين السجائر، ومتى كان ذلك و مدى انتشار التدخين في دول العالم مع التركيز على مدى انتشاره في مصر خاصة.

٢- فصل يتناول الأضرار الخطيرة للتدخين، بدنيا ونفسيا واجتماعيا بالنسبة للفرد واقتصاديا بالنسبة للدولة وبيئيًا بالنسبة لكوكب الأرض.

---

* مثال ذلك ما تم في مصر أعوام ١٩٨٨، ١٩٨٩، ١٩٩١، وعبر وسائل الإعلام القومية صحافة وإذاعة وتليفزيون، من تكثيف الدعوة إلى الشباب لقول "لا" للمخدرات، وهي جزء من حملة دولية تنظمها جمعية "برايد" (الجمعية القومية لتوعية الأسرة للوقاية من الإدمان) التي تأسست عام ١٩٧٧ في الولايات المتحدة، وتكون فرع لها في مصر.

** تجدر الإشارة إلى الدور الحيوي الذي يلعبه صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لمجلس الوزراء المصري – والذي تأسس ٢٠٠٣ – ويقوم بحملات مكثفة لخفض الطلب على المخدرات أما من خلال الوقاية من بدء التعاطي أو علاج المتعاطين.

٣- ويتناول الفصل الثاني المتغيرات التي تشجع المراهقين على بدء التدخين.

٤- أما الفصل الثالث فيشير إلى المتغيرات التي تحث الفرد على الاستمرار في التدخين والنظريات المفسرة لهذا الاستمرار .

٥- أما الفصل الرابع فيتناول رغبة الفرد في الامتناع عن التدخين والأساليب النفسية – والتي يمكن اتباعها ذاتيًا- التي تساعده في ذلك.

٦- ويبرز الفصل الخامس أهمية وقاية المراهقين من بدء التدخين وكيفية هذه الوقاية .

٧- ثم يقترح الفصل السادس – والأخير- بعض الأساليب الواجب إتباعها لتخليص المجتمع من ظاهرة تدخين السجائر، وبالتالي التغلب على مشكلة المخدرات.

وقبل استعراض هذه الفصول نرجع الفضل لأهله وعلى رأسهم أستاذي الدكتور عبد الحليم محمود السيد – رئيس قسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة القاهرة – الذي أشار على بوضع هذا الكتاب وتابع وضعه خطوة خطوة، موجها هذا الوضع بآرائه الثرية ورؤاه الثاقبة، أما أخي الدكتور طريف شوقي – كلية الآداب ببني سويف – فقد أسهم في توضيح الرؤية بانطباعاته المشجعة وملاحظاته الموضوعية، أما أخي الدكتور أحمد علم الدين – كلية الفنون التطبيقية بجامعة حلوان – فله فضل نقل المعنى في أشكال بديعة على بساطتها وجمالها .

وأخيرا جزى الله خيرا زوجتي وابنتي على تضحياتهما التي يسرت وضع هذا الكتاب وجزى الله خيرًا صاحب مكتبة الزهراء ورجالها فلولاهم ما رأى هذا الكتاب النور جزى الله الجميع عني خيرا.

د./ عبد المنعم شحاتة

الشهداء : سبتمبر ١٩٩٢

مدخل

عرف الصينيون القدماء زراعة التبغ، ودخنوا أوراقه وكذلك الهنود الحمر في العالم الجديد (الأمريكتين) إلا أن المؤرخين يؤكدون أن عالمنا المعاصر عرف زراعة التبغ واستخدامه في صناعة السجائر مع بداية الاكتشافات الجغرافية الأوروبية في القرن الخامس عشر الميلادي إذا لاحظ مستكشفو العالم الجديد الأوربيون * أن سكان الأمريكتين (أي الهنود الحمر) كانوا يزرعون التبغ ويستمتعون بتدخين أوراقه في قصبات من الطين ذات قصاع من النحاس (نيفنز وكوماجر، ١٩٨٢ :٧٠) وقد عرف العالم القديم (أوربا والشرق) التبغ بعد ذلك على النحو التالي:-

- ١٤٩٢ لاحظ اثنان من ضباط "كولمبس" وهما "لويس دي تورس" Torres و"جرز" Gerez أن الهنود يدخنون التبغ.
- ١٥١٢ نقله "دي ليون" DeLeon إلى البرتغال **.
- ١٥٥٦ نقله "ثافت" من البرازيل إلى فرنسا.
- ١٥٥٨ زرع التبغ في البرتغال ونقله "هرنانديس" إلى أسبانيا .
- ١٥٥٩ وصف "نيوكت" Nicot خصائصه الطبية وزرعه "هرنانديس" (الطبيب الشخصي للملك فيليب) في أسبانيا.
- ١٥٦٥ نقله "هوكنز" Howkins إلى انجلترا ودخنه فيها "رالف" Ralaigh ونقله "جسنر" Gesner إلى زيورخ .
- ١٥٧٣ زرع التبغ في انجلترا .(Lancker, ١٩٧٧).

---

* ذكر اثنان من بحارة "كولمبس" أن سكان الأرض الجديدة يدخنون نوعا من العشب تبين فيما بعد أنه التبغ وكان الرحالة الايطالي "كولمبس" أول المستكشفين لهذه الأرض لصالح اسبانيا (حيث وصل إلى جزر الباهاما وكوبا وهايتي) في أكتوبر عام ١٤٩٢ وسميت هذه الأرض الجديدة باسم "امريكا" نسبة إلى "اميركو فسبونشي" Amerigo Vespensico الذي اكتشف "البرازيل" عام ١٥٠١ كما اكتشف "جون كابوت" Caboot ولصالح "انجلترا" كلا من "لبرادور" و "نيوفند لاند"؛ في عام ١٤٩٧ ،واكتشف الفرنسي "جاك كارتييه" Crtine كندا في عام ١٥٣٥ واحتل الأسبان بقيادة "هرناندو كورتيز" Cortez المكسيك في عام١٥٢١(انظر: عمر عبد العزيز، ١٩٨٨: ٣٢١ - ٣٢٢).

** يقال ان أحد بحارة "كولمبس" ويدعى "رود ريجوري خبريث" هو اول من جلب التبغ معه من امريكا إلى البرتغال (عادل الدمرداش، ١٩٨٢ :٢٥٠) .

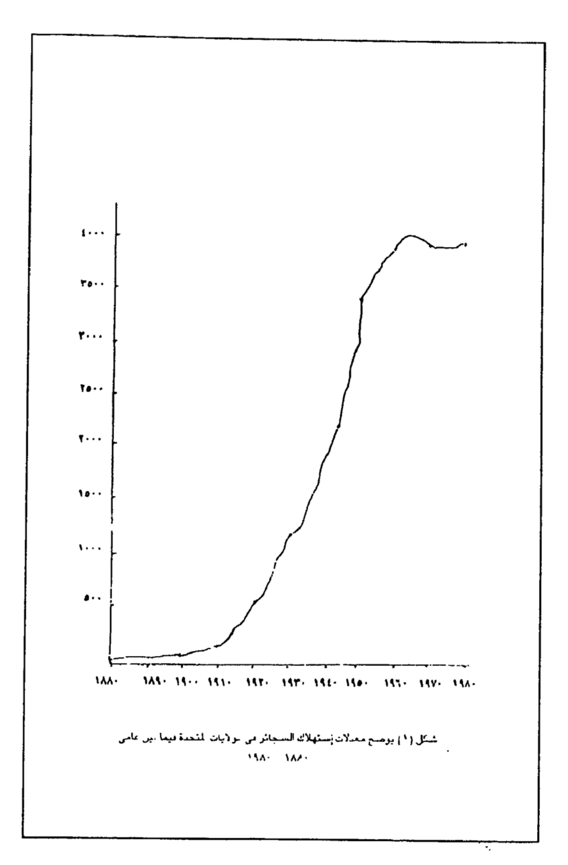
- ١٥٩٠ بدأ التدخين في اليمن بوصفها تقع في طريق التجارة بالمحيط الهندي.
- ١٥٩٨ وجد التبغ في سوريا وفي مصر.
- ١٥٩٩ نقلـه التجـار الإنجليـز إلـى اسـطنبول، وانتـشر بعـدها فـي الإمبراطورية العثمانية (Shecker, ٢٠٠٦: ١٦)
- ١٦٣٠ زرع التبغ غرب الأناضول وفي سوريا ومصر وأصبح من المحاصـيل النقديـة أي التـي تحقـق عائـد مجـزي ويفـرض عليهـا ضرائب.

وخلال القرن السابع عشر أصبح التبغ أكثر المحاصيل رواجا في أوربا؛ فبعد أنشاء أولى المستوطنات الإنجليزية في "فرجينيا" عام ١٦٠٧ والتي سميت "جيمس تاون"؛ تعلم أحد مستوطنيها زراعة التبغ من الهنود الحمر؛ وحقق في عام ١٦١٢ أرباحا طائلة نظير بيع محصوله في أسواق "لندن"؛ مما شجع كل سكان المستوطنة على زراعته، ولم تمض سبع سنوات حتى اكتسب التبغ قيمة تجارية عالية؛ وأصبح المحصول الرئيس الذي تتم مقايضته بالسلع الضرورية بل وأصبح معيارا للتعاملات بين المـستوطنين، ففـي عـام ١٦١٩ بـدأت "انجلتـرا" إرسـال أفـواج مـن الحسناوات الشابات ليصبحن زوجات للقادرين من المستوطنين على دفع نفقات نقلهن بواقع مائة وعشرين رطلا من التبغ لكل واحدة وفي عام ١٦٣٢ أجاز المجلس التشريعي (النيابي) في "فرجينيا" زيادة الحصة التي يؤديها كل مستوطن فيها لرجال الكنيسة كضريبة عامة والتي كانت قبل هذه الزيادة عبارة عن عشرة أرطال تبغ (Lancker,١٩٧٧) .

وهو ما يشير إلى تزايد معدلات زراعة التبغ وتزايد – بالتالي – معدلات استهلاكه وأدي تدخين التبغ من قبل عدد من الشخصيات البارزة في القرنين السابع عشر والثامن عشر الميلاديين كالملوك والأباطرة (مثل الملكة "شارلوت" زوجة "جورج" الثالث والملكة "كاترين" الكبرى و"بيتر" الأكبر) والفلاسفة (مثل: "فرنسيس بيكون" و"ڤولتير") والساسة (مثل: "بسمارك") والأدباء (مثل: "مارك توين" و"شارلز لامب" و"كبلنج")، وحماس بعضهم الشديد للتبغ ودعوتهم لمواطنيهم إلى ممارسة تدخينه – كما ورد في كتاب "فرنسيس بيكون" نشر سنة ١٦٢٦ بـ "لندن"

– وفي عام ١٨٤٠ تمكن الفرنسيون من صنع السجائر بلف التبغ داخل ورق رقيق ، وفي عام ١٨٥٠ قام الإنجليزي "فيليبس مورس" بصنع السجائر يدويًا وبيعها بالجملة وكذلك تمكن الدوق الإنجليزي "جيمس باكينان" Buchanan ، وبمساعدة يهود بولنديين وروس جلبهم معه إلى أمريكا، من تصنيع السجائر آليًا ابتداء من عام ١٨٦٧. وفي عام ١٨٨٠ تم ميكنة صناعة السجائر (رنوفان، ١٩٧١: ١١- ٢٣ ؛ عادل الدمرداش ١٩٨٢ : ٢٥١)، كل هذا أدى إلى تعاظم معدلات استهلاك التبغ أواخر القرن التاسع عشر وطوال العقود الماضية من القرن العشرين *، وعلى سبيل المثال، يوضح شكل (١) تزايد المخصص من السجائر لكل مواطن أمريكي تجاوز عمره الخامسة عشر عامًا فيما بين عامي ١٨٨٠، ١٩٨٠، أي على مدى يزيد عن قرن من الزمان،ويبين الشكل أن متوسط عدد السجائر المستهلكة سنويًا قد تزايد بشكل ملحوظ فيما بين عامي ١٩١٠، ١٩٦٥ ففي بداية هذه الفترة كانت الحرب العالمية الأولى، حيث كان يتم توزيع علبة سجائر مجانًا على كل جندي ، مما ساعد على شيوع عادة التدخين، وسجل العقد الخامس (١٩٤٠ – ١٩٥٠) أعلى معدل لهذا الشيوع، ربما بسبب الحرب العالمية الثانية ومشاركة الشباب – ومن الجنسين – في أداء خدمات عسكرية عبر البحار، بشكل هيأ معظمهم – وخصوصًا الإناث – نفسيًا وماديًا للإقدام على تدخين السجائر ، كما ساهم في زيادة معدلات التبكير (بدء التدخين مبكرًا) في بدء التدخين (رنوفان، ١٩٧١ : ١٠٣ – ١٠٥ ؛ عادل الدمرداش ، ١٩٨٢ : ٢٥٢).وتؤكد البيانات المفصلة المتاحة (بعد عام ١٩٥٥) عن تدخين السجائر في المجتمع الأمريكي ، إنه في الوقت الذي تتناقص فيه نسبة المدخنين إلى إجمالي السكان الذين تجاوزوا العشرين عامًا من أعمارهم، فإن هذه النسبة ترتفع ارتفاعًا مخيفًا فيما بين الذين هم دون العشرين من العمر، وفيما بين الإناث منهم على وجه التحديد كما يظهر من جدول (١) .

* كذلك كان تأثير تدخين قائد ثوار بوليفيا "جيفارا" الذي قتل سنة ١٩٦٧ .



شكل (١) يوضح معدلات إستهلاك السجائر في الولايات المتحدة فيما بين عامي
١٨٨٠ - ١٩٨٠

جدول (١) نسب المدخنين الأمريكيين إلى إجمالي السكان

أعوام ٥٥ ، ٦٥ ، ١٩٧٥

	١٩٥٥			١٩٦٥			١٩٧٥		
	جملة السكان	المدخنون منهم	%	جملة السكان	المدخنون منهم	%	جملة السكان	المدخنون منهم	%
ذكـور دون العـشرين من العمر	* ٧,٦	١,٥	٢٠	١٢,٤	٢,٣	١٩	١٥,٠	٣,١	٢١
ذكـور فـوق العـشرين من العمر	٥٠,٩	٢٦,٥	٥٢	٥٦,٨	٣٠,٠	٥٣	٦٦,١	٢٥,٩	٣٩
إناث دون العشرين من العمر	٨,٠	٠,٧	٩	١٢,٠	١,٢	١٠	١٤,٥	٢,٩	٢٠
إناث فوق العشرين من العمر	٥٣,٩	١٣,١	٢٤	٦١,٢	١٩,٧	٣٢	٧٢,٧	٢١,٠	٢٩

* الأرقام بالمليون (نقلاً: Lancker, ١٩٧٧)

الذي يوضح أن نسب المدخنين بين الذكور أعلى من نظيرتها بين الإناث ، سواء تمت المقارنة بين المرهقين والمراهقات، أو بين الراشدين والراشدات، إلا أن تفاوتًا ملحوظًا بين هذه النسب يرجع إلى العمر ، فبينما تقل نسب المدخنين فيما بين الراشدين والراشدات عام ١٩٧٥ عن مثيلاتها عامي ١٩٦٥، أو ١٩٥٥، تزيد نسبتهم فيما بين المراهقين والمراهقات، وتكون هذه الزيادة أكثر وضوحًا فيما بين المراهقات (Leader, ١٩٧٧).

وتشير الإحصاءات إلى أن معدلات تزايد استهلاك الإوربيين للسجائر تماثل ما هي عليه في أمريكا (المرجع نفسه)، ويقدم شكل (٢) صورة هذه الزيادة في ألمانيا كنموذج لبلدان أوربا الغربية، كذلك تشير احصاءات الأمم المتحدة إلى أن أكثر من نصف رجال العالم الثالث (الدول النامية) يدخنون * ويوضح شكل (٣) معدلات زيادة استهلاك

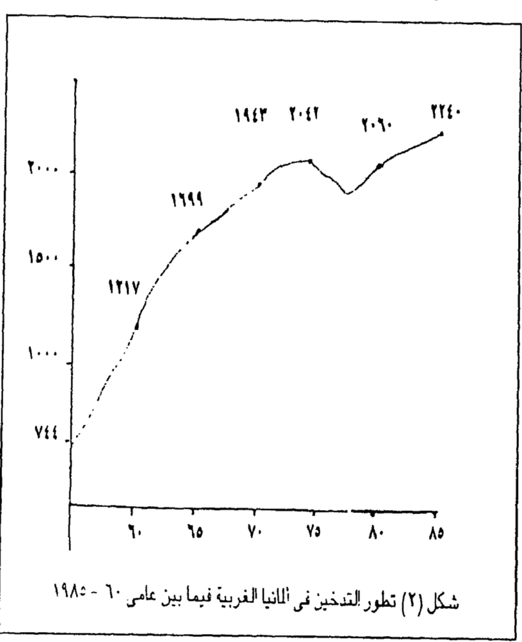
---

* وهناك تزايد ملحوظ في استهلاك سكان العالم الثالث للتبغ ، فبينما كانوا يستهلكون ٣٢% من جملة ما يستهلكه العالم أجمع في ستينيات القرن العشرين، إذ بهم يستهلكون ٤٠% منه سنة ١٩٧٧، وتوقع الخبراء تضاعف هذه النسبة سنة ١٩٩٥ ومع هذه الزيادة ، يعد التدخين في الدول النامية أكثر خطورة منه في الدول المتقدمة، إذ يختلف القدر الذي تحتويه السجائر من العناصر الكيميائية ويوضح الجدول التالي هذا الاختلاف .

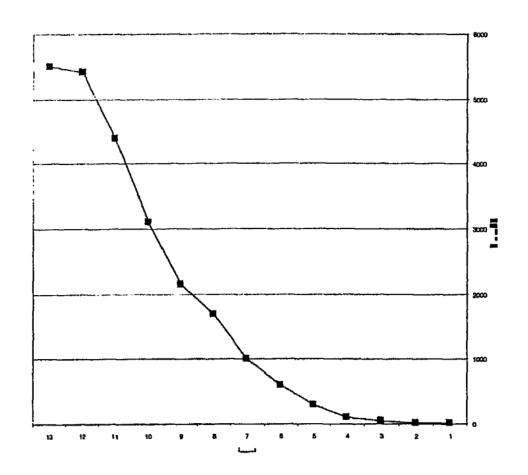
اسم السيجارة	محم قطران لكل سيجارة	
	أمريكا	فيلبين
كنت (كينج)	١٦	٣٢,٨٧
لكي استرايك	٢٣	٢٧,٤٥
مارلبورو (كينج)	١٨	٢٦,١٢
مارلبورو (١٠ مجم)	١٧	٥٢,٠١
ونستون(كينج)	١٩	٢٦,٣٩

(نقلا عن: Ball, ١٩٨٦)

سكان العالم كله من السجائر خلال القرن الماضي والتي تقدر بـ : ٣١٨ مليار سيجارة سنة ١٩٧٠ ارتفعت إلى ٤٢٦٠ مليار سنة ١٩٧٨ وإلى ٤٥٦٣ مليار سنة ١٩٨٣ (Uma Ram Nath, ١٩٨٦: ٨٢; Chandler, ١٩٨٦)، و سنة ٢٠٠١ بلغت ٥٥٠٠ مليار سيجارة وعام ٢٠٠٦ وصلت إلى ٥,٦ تريليون سيجارة، أي أن نصيب كل فرد على سطح الأرض هو ٩٠٠ سيجارة



شكل (٢) تطور التدخين فى ألمانيا الغربية فيما بين عامى ٦٠ - ١٩٨٥



شكل (٣) تزايد معدل استهلاك دول العالم للسجائر

وقد عرف العرب تدخين السجائر عن طريق الأتراك* الذين تعرفوا عليه من الأوربيين ومن فرنسا بوجه خاص فيما بين عامي ١٥٠٣، ١٥٧٢، حيث كانت تربطها آنذاك بتركيا علاقات تجارية قوية جدا (رنوفان، ١٩٧١: ١٠٣ـ ١٠٥).

ونقل الأتراك زراعة التبغ إلى مصر خلال القرن الـ ١٧ أي بعد الفتح العثماني لها وكانت مصر تصدر التبغ منذ أن بدأت زراعته وحتى أصبحت هذه الزراعة محظورة في مصر أي منذ عام ١٨٩٠ وذلك

* مسار آخر، حيث عرف العرب التبغ عن طريق أهل اليمين الذين تعرفوا عن طريق السفن التجارية التي تمر بها في طريقها إلى الهند .

لاعتبارات جمركية واستعمارية (فقد احتلت انجلترا مصر عام ١٨٨٢ وكانت انجلترا تزرع التبغ) وقد نقل الأتراك والأرمن واليونانيون صناعة منتجات التبغ – وخصوصا السجائر – إلى مصر في القرن التاسع عشر وقد ساعد على نجاح هذه الصناعة كون العسكر يدخنون، ليس الجنود المصريون فحسب بل والإنجليز والفرنسيون والروس والعثمانيون وغيرهم أيضًا، وقد أحلَّ الخديوي إسماعيل سنة ١٨٦٩ السجائر محل الشيشة (ودخنها حريمه بوصفها "موضة" جديدة ودليل حياة عصرية) (٣١ – ٣٠ :Shechter, ٢٠٠٦) . وحققت هذه الصناعة تزايدًا مطردًا في القرن العشرين فعلى سبيل المثال كانت نسبة الزيادة في الكمية المنتجة من السجائر (وتمثل ٨٧,٥% من إجمالي قيمة منتجات صناعة التبغ المصرية) أعوام ١٩٧٢، ١٩٧٦، ١٩٧٧، ١٩٧٨ بالمقارنة بمثيلتها عام ١٩٦٥ هي: ١٤,١%، ٧٣,٦% ٨٩%، ١٠٦% على التوالي* وقد صاحب هذه الزيادة في الإنتاج زيادة في معدلات الاستهلاك لدى المصريين فقد بلغ ما استهلكه المصريون من سجائر عام ١٩٥٢حوالي ١١٤٠٠ طن، عام١٩٦٥حوالي ١٢٧٤٥,٨٣طن ارتفعت في عام ١٩٧٦ إلى ٢٢٢٥٧,٣٥طن وأصبحت في عام ١٩٧٧ أكثر من ٢٥٠٧٢,٣ طن ثم في عام ١٩٧٨، ٢٨٠٠٧,٦ طن وفي عام ١٩٧٩ بلغت ٣٠٨٩٥,١٣ طن أما في عام ١٩٨٠ فقد أصبحت ٣٤١٩٢,١ طن وهو ما يشير إلى تزايد معدلات استهلاك المصريين للسجائر بنسبة تفوق الـ ١٠% سنويا إذ قدر ما يستهلكونه من سجائر ب ٣٥ مليار سنة ١٩٨١، ٣٧ مليار سنة ١٩٨٢، ٤٤ مليار سنة ١٩٨٣ و٦٠ مليار سيجارة سنة ٢٠٠٤وبلغت ٨٠ مليار سنة ٢٠٠٦ ** (انظر: شكل ٤)؛ كما أن أعداد المدخنين المصريين تتزايد بمعدل سنوي ٨,٧ % (Chandller,١٩٨٦). وقد قدرت إحدى الدراسات (Gomma, ١٩٨٢) التي تقوم بدراسة مدى انتشار تدخين السجائر في المجتمع المصري من خلال تناول عينة ممثلة له أن ٧,٧% من الذكور الذين هم دون العشرين عاما و٥٨% من الذين تراوحت أعمارهم بين الأربعين والستين سنة و٦١,٣٥% من الذين تجاوزوا الستين عاما من

---

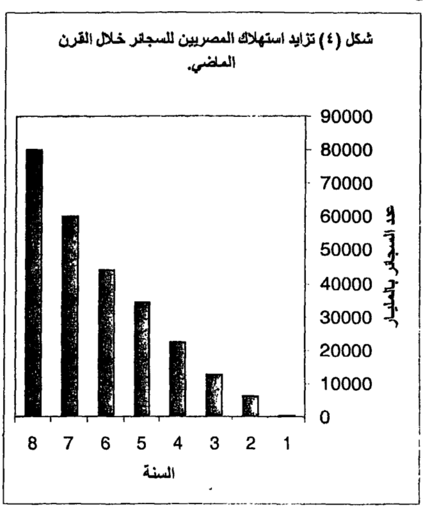
* تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عن صناعة (منتجات التبغ) القاهرة فبراير ١٩٨٠ : ١٤ـ ٢١ انظر كذلك المرجع ٨٥ :Umaram Math, ١٩٨٦ .

** بعد ما كانت ١٦٠,٥ مليون سيجارة سنة ١٨٩٧، و ٢٣٢ مليون سنة ١٨٩٩ و ٣٤٧,٥ مليون سيجارة سنة ١٩٠١ و ٦٠٥٩,٣ مليون سيجارة سنة ١٩٤٦ (٨٠ :Shechter,٢٠٠٦) .

العمر يدخنون وتؤكد الدراسة أن تدخين السجائر مازال غير منتشر بين الإناث المصريات بصورة انتشاره بين الذكور المصريين أو حتى بنسبة انتشاره بين الإناث قي الدول الغربية إذ لم تتجاوز نسبة المدخنات – في عينة تلك الدراسة – ١,١٩% .

وفي تقرير لوزارة الصحة المصرية (نشر ملخصه في مجلة نصف الدنيا عدد ٨٢٨ بتاريخ ٢٠٠٥/١٢/٢٥ ص٣٥ - ص٣٩) أن ١٤ ألف طفل دون العاشرة* دخلوا دائرة التدخين وأن ١٧% من الرياضيين، ٤٢% من طلاب الجامعات، ٦٢% من المدرسيين، ٤١% من الأطباء يدخنون.

شكل (٤) تزايد استهلاك المصريين للسجائر خلال القرن الماضي.



* أشار بيان للجهاز المركزي للتعبئة والاحصاء – أصدره ٥/٣٠ بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة التدخين - نشر بجريدة الأهرام في ٢٠٠٩/٥/٣١ أن عدد المدخنين دون العاشرة من العمر ٧٣ ألفا.

وفي دراسة (نشر ملخصها بجريدة الأهرام العدد ٤٣٦٤١ بتاريخ بمنظمة الصحة العالمية وعنوان الدراسة (الشباب والشيشة) أجريت بمشاركة ٥٥٨٥ شاب وفتاة في خمس محافظات مصرية، تتراوح أعمارهم بين ١٥و ٣٥ سنة وكشفت عن أن ٨٠% منهم بدأوا تدخين الشيشة قبل سن ١٨ سنة حيث أصبحت المقاهي بشكلها المطور المعقل الأول لممارسة تدخين الشيشة وأن أشار بعضهم أنه دخن الشيشة لأول مرة في بيته .

أما الدراسات الوبائية التي أجراها البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي (المصري) للبحوث الاجتماعية والجنائية فتشير إلى أن نسبة انتشار التدخين بين طلاب الثانوي الذكور هي ١٠,٨% مقابل ٢٠% من طلاب الجامعة الذكور ٥٢,٤% من عمال الصناعة الذكور (مصطفى سويف، ١٩٩٦ : ١٤٧: ١٤٨).

وهكذا يتضح لنا مما أسلفنا أن هناك تزايدا مطردا في أعداد المدخنتين علي مستوى العالم فهذا التزايد نلحظه في الدول النامية (كما توضح صورة انتشار التدخين في مصر) ونلحظه أيضا في الدول المتقدمة (مثل الولايات المتحدة) كما نلحظه أكثر بالنسبة للمراهقين والفتيان الذين هم في مقتبل العمر ودون العشرين عاماً سواء كان هؤلاء الفتيان في دول نامية أو دول متقدمة والفارق بين العالمين هو تزايد نسب المدخنات في العالم المتقدم بدرجة تقترب من نسب المدخنين فيه بينما تظل نسبتهن في العالم النامي ضئيلة بالمقارنة بنسبة المدخنين فيه أو بنسبة المدخنات في العالم المتقدم أو الغربي ولأن الدارسين لهذه الظاهرة قد وجدوا علاقة بين تزايد معدلات تدخين الإناث وتغيير دورهن في المجتمع ووضعهن الاقتصادي الاجتماعي (Leeder, ١٩٨٦) فإننا نتوقع اختلاف نسبة المدخنات في العالم النامي مستقبلاً عما هي عليه الآن للتغيرات الاجتماعية التي عايشتها دول هذا العالم في النصف الثاني من القرن العشرين. وتدعم دراسة "بيفيديد" Buivydaite وزملائه والتي أجريت في "ليتوانيا" (٢٠٠٣) هذا الاستنتاج حيث تبين مسوح أجريت علي مدى عشرين عاما مضت أن أعداد المدخنات متوسطات العمر تزيد بمعدل ٢,٧% كذلك تكشف دراسة أجريت علي طلاب جامعة اربد الأردنية (كانت العينة ٦٥٠ طالبا وطالبة) أن ٦,٥% من الطالبات يدخن (Haddad & Malak ٢٠٠٢)؛

يدعم ذلك الفروق في معدل تدخين البنات – ١٣الي١٥سنة – بدول متباينة في مستوى المعيشة حيث كانت نسبتهن سنة ٢٠٠٥ بدولة الإمارات العربية – مستوى مرتفع – ١٤,٤٪ (والذكور ٣٤,٤%) مقابل ١٤,٨% (٢٦.٦%) بالأردن – مستوى متوسط – و٦% (٢٠%) بمصر –مستوى منخفض – (www.cdc.org).

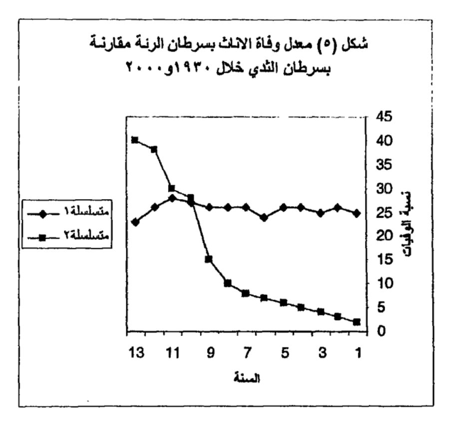
وعلى الرغم من الخطورة الشديدة التي يمثلها تزايد أعداد المدخنات* وتتمثل هذه الخطورة في :-

١- أن النساء أكثر حساسية للنيكوتين، وأكثر إظهارا لسلوكيات تشير إلى الإدمان الفسيولوجي والنفسي عليه وحساسية بالتالي لأعراض الانسحاب مما يجعلهن أقل ميلا لمحاولة الامتناع (إذ تؤكد البحوث أن عدد اللاني يعايشن ضغطا تمثله هذه الرغبة ضعف عدد الذكور). ويتسق هذا مع كونهن أكثر ميلا لتدخين سجائر ينخفض فيها معدل النيكوتين ولا يأخذن أنفاثا عميقة عند تدخينها وتقل احتمالات أن يكن مدخنات بشراهة (Killlen et. al., ٢٠٠٤; Rayce, et. al., ١٩٩٧)

٢- أن الإناث أكثر تعرضا لمخاطر الإصابة بأمراض يسببها التدخين، (فبالنظر الي شكل (٥) يتضح تزايد مطرد في معدل إصابة الإناث بسرطان الرئة في الفترة من ١٩٣٠وحتى ٢٠٠٠ وذلك مقارنة بالاصابة بسرطان الثدي) وأن ضرر تدخينهن يمتد متجاوزا جيلهن

---

* تعد الإناث هدفا تسويقيا لشركات السجائر منذ عشرينيات القرن العشرين ، وقد تضاعفت الدعاية الموجهة لهن من ١٠% من حجم الدعاية عن السجائر سنة ١٩٦٠ إلى ٣٤% سنة ١٩٨٥، وتركز على إبراز المرأة المدخنة كامرأة عصرية تمثل النموذج لنساء القرن الجديد (Kittleson, et al, ٢٠٠٥: ٣٢).



شكل (٥) معدل وفاة الاناث بسرطان الرئة مقارنة بسرطان الثدي خلال ١٩٣٠و٢٠٠٠

والمحيطين بهن إلى المستقبل حيث يؤدي تدخين الأم أثناء الحمل والرضاعة إلى إضعاف بنية الوليد وتأخر ارتقائه وتزايد احتمالات كونه مشوها خلقيا (تكوينيا) أو متأخرًا عقليًا .

الفصل الأول
أضرار تدخين السجائر

الفصل الأول

أضرار تدخين السجائر

لم يدر بخلد مكتشفي العالم الجديد (أمريكا) من الأوربيين أنهم بنقلهم زراعة التبغ من العالم الجديد إلى أوربا إنما ينقلون إليها- وإلى عالمنا اليوم - سمًا زعاقًا، ولم يدر بخلد العشرين مليون بريطاني والخمسين مليون أمريكي والمليار وثلاثمائة مليون فرد حول العالم أنهم بتدخينهم السجائر إنما يتجرعون هذا السم، ويسعون بخطى حثيثة إلى تدمير قدراتهم النفسية والجسمية، ويتسببون في إلحاق الأذى بأحبتهم وأهلهم ووطنهم؛ لأن تدخين السجائر من أكثر العادات الضارة شيوعًا ورسوخًا في القرن العشرين، إذ تترتب عليه آثار شديدة الأذى للجسم والنفس، والصحة، والوطن، فبالنسبة للجسم تؤكد البحوث أن التدخين يحدث أضرارا بجهاز المناعة المكتسبة وأن الإناث أكثر تضررا (Whetzel, et al., ٢٠٠٧) لذا يسبب التدخين أمراضًا تأتي على رأس قائمة الأمراض المسببة للوفاة ، ففي أمريكا وحدها يموت نتيجة الإصابة بهذه الأمراض أكثر من خمسة أضعاف الذين يموتون نتيجة الحوادث، وما يقرب من مائتي ضعف الذين يموتون بسبب الاعتماد (الإدمان) على الهيروين.
(Orleans, et al., ١٩٩٣; Polling ١٩٧٧)

وبالنسبة للنفس، فإن التدخين يحدث درجة من الاعتماد النفسي والفسيولوجي على النيكوتين تعد أهم أسباب فشل محاولات المدخنين في الامتناع عنه، وبالنسبة للصحبة فإن التدخين لا يقتصر ضرره على المدخن فقط، وإنما يطول جلساءه من أهله وأحبائه، وبالنسبة للوطن فإن التدخين يلحق بالاقتصاد القومي أضرارا طائلة نتيجة تناقص قدرات المدخنين الصحية وبالتالي نقص إنتاجهم، ونتيجة ما تتحمله ميزانية الوطن من نفقات عناية طبية بالأمراض التي يسببها التدخين، وبالنسبة للبيئة فإنه يحدث تلوثًا شديدًا بالتربة والماء والهواء وسوف نعرض في الصفحات التالية لكل تلك الآثار .

أولا: آثار تدخين السجائر على الجسم :-

تحتوي السيجارة الواحدة علي أكثر من ألف ومائتي عنصر* (غاز أو جزيء) كيميائي، يدخلها الفرد بتدخينه للسيجارة إلى جسمه، فيحاول الجسم طرد بعضها عن طريق السائل المخاطي والبول، وبالتالي لا تسبب له أضرارًا إلا إنهاكه أثناء عملية الطرد هذه، ويفشل في طرد بعضها الآخر؛ لأنها تذوب في الماء، وحينذاك تتراكم في الجسم، أنزيمات معينة تعمل علي التخلص من تلك العناصر أو علي الأقل تحصين الجسم ضدها بحيث لا يؤذيه تواجدها فيه، وهنا قد يحدث تفاعل بين هذه الأنزيمات وتلك العناصر، بموجبه تصبح العناصر غير القادرة علي إحداث السرطان، عناصر مسرَّطنة تلتصق بأحماض نواة الخلية الجسمية (د.ن.أ،ر.ن.أ DNA, RNA) وتؤدي إلى انقسامها الخاطئ والسريع بدرجة مخيفة(هارسيناي وهتسون ، ١٩٨٨: ٢٢،٩٩،٩٧; Lancker, ١٩٧٧) ، وهذا هو أول مصادر الخطر في تدخين السجائر، ولإماطة اللثام عن هذه المصادر نبدأ بذكر بعض العناصر الكيميائية الأكثر إحداثا للضرر.

١- النيكوتين :

استطاع "بوسلت" R-Posselt – في هايدبرج Heidelberg عام ١٨٢٩ – استخلاص "النيكوتين" * واكتشاف طبيعته القلوية، والنيكوتين الطازج زيت لا لون له ، مستهجن الرائحة، ويذوب في الماء ، يصبح بني اللون إذا تعرض للهواء، ويعد مسئولا عن الآثار المباشرة للتدخين، إذ تمتص الرئتان ما بين ٢,٥و ٣,٥ مجم نيكوتين من كل سيجارة يدخنها الفرد (Lancker, ١٩٧٧) ويحدث النيكوتين إحساس الحرقان في الفم والبلعوم وألما شديدا في البطن ينتج عنها ارتفاع درجة الحرارة والصداع والغثيان والقيء، وتشنج العضلات، وزيادة إفراز العرق، كما يؤدي النيكوتين إلى تنشيط حركة الأمعاء مما يحدث الإسهال، وإلى الإفراز المعدي مما يقلل الإحساس بالجوع، وإلى تضييق الأوعية الدموية بالقلب مما يزيد معدل نبض القلب (تقدر الزيادة ب١٠- ٢٥ نبضة في الدقيقة) وضغط الدم كما يعوق وصول الدم إلى البشرة مما يصيبها بالجفاف

---

* ويقال : اربعة آلاف عنصر كيمياني ، معظمها سام يضر العينين محدثا أضرارًا عدة بها تصل إلى العمى www.ash.org.uk وبعضها مسرِّطن تصيب أي جزء في الجسم – من الرأس إلى أخمص القدم – بالسرطان ، ناهيك عن أضرار شديدة بالمخ والقلب والرئتين والفم والمعدة والكليتين والبنكرياس ... وكل أجزاء الجسم .

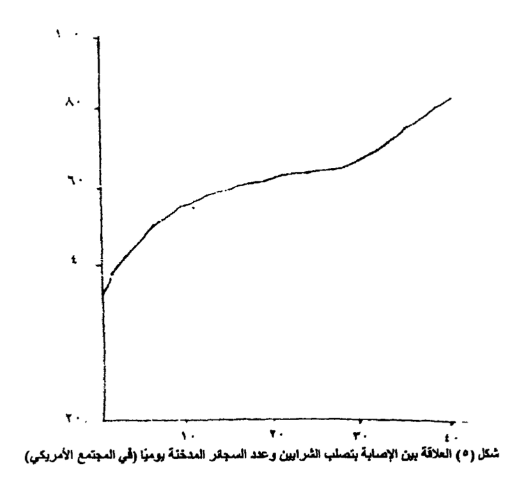
* الجرعة المميتة (وتعطي عن طريق الحقن) من النيكوتين الخالص هي ٤٠ مجم وهي توجد في سيجارتين

والبرودة ويزيد احتمال الإصابة بالأمراض الجلدية، كما يؤدي إلى انقباض إنسان العين مما يضعف الرؤية، وتنتج هذه الآثار بعد تدخين سيجارتين فقط (Cox et. al., ١٩٨٣: ٣٨٠- ٣٨٥;Dreisback, ١٩٨٠ : ١١٩- ١٢٠) .

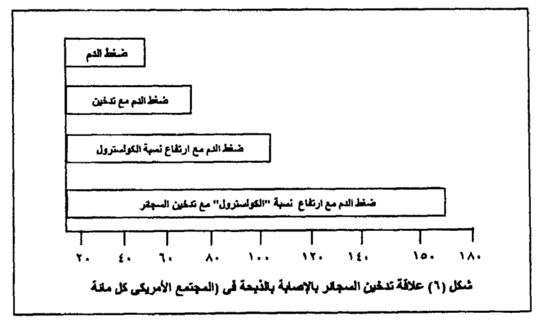
كما يقلل النيكوتين تدفق الدم في الشعيرات الدموية بالجلد مما يعَّوق وصول الدم إلى الجلد فيسبب برودة الجلد (Carson- Pale Dewltt, ٢٠٠٢: ١٢) .

وتزداد شدتها وشدة ما تسببه من ألم بزيادة سرعة التدخين، فتدخين السيجارة خلال دقيقتين أكثر ضررا من تدخينها خلال عشر دقائق، ويصل النيكوتين إلى المخ بسرعة (أقل من سبع ثوان) لقابلية امتصاصه من أي موضع على الجسم كالبشرة أو بداخله كأغشية الفم والأنف والجهاز التنفسي والهضمي، وإن كانت الرئتان الأسرع امتصاصا له، ولأن بناءه الكيميائي يتشابه مع التركيب الكيميائي لأحد الناقلات العصبية والمسمى (Acetylcholine) فإنه ينبه خلايا الجهاز العصبي اللاإرادي * (السمبثاوي Sympathetic والباراسمبثاوي Parsympatheic والمخ الأوسط والنخاع المستطيل Medulla)، والتي تنبه – بدورها– الغدة النخامية التي بدورها أيضا تنبه الغدة الكظرية، فيزيد إفراز "الإدرينالين" مما يزيد من نشاط القلب والعضلات والأوعية الدموية فيرهقها كما يزيد قابلية الصفائح الدموية للتجمع نتيجة زيادة لزوجتها، مما يرفع من احتمالات الإصابة بالجلطة الدموية وتصلب الشرايين، وتؤدي زيادة عدد السجائر التي يتم تدخينها يوميا إلى تأكيد الإصابة بتلك الأمراض (انظر شكلي:٥، ٦) وتشير البحوث إلى أن :

* وهو مخمد لباقي أجزاء الجهاز العصبي (Dreisback, ١٩٨٠ :١٢٠)، وتجدر الإشارة إلى ان تركيزه يتفاوت من جزء لآخر في الجسم ، ففي المخ يكون تركيزه ٣,٠ وفي القلب ٣,٧ وفي العضلات ٢,٠ وفي الكلية ٢١,٦ وفي الكبد ٣,٧ وفي الرئة ٢,٠ .. مما يفسر تأثر كل أجزاء الجسم بالنيكوتين (Gahring & Rogers, ٢٠٠٨)



شكل (٥) العلاقة بين الإصابة بتصلب الشرايين وعدد السجائر المدخنة يوميًا (في المجتمع الأمريكي)



شكل (٦) علاقة تدخين السجائر بالإصابة بالذبحة في (المجتمع الأمريكي كل مائة

(أ) النيكوتين هو المادة الفعالة في التبغ التي تحدث الإدمان، فهذا الإدمان يحدث التعاطي المتكرر للنيكوتين بسبب بعض أثاره المرغوبة المتمثلة في دعم release الناقلات العصبية (التي تنقل المعلومات من خلية مخية لأخرى) ومنها : -

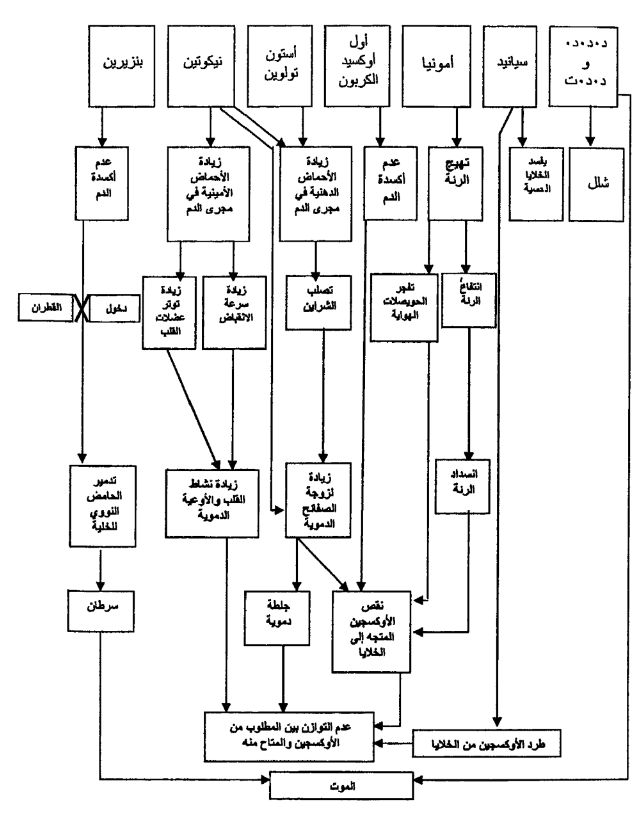
- دوبامين : الذي يحدث شعورًا بالسرور.
- نورنيفرين : الذي يكف الشهية appetite .
- استوكولين : يحدث الإثارة (اليقظة) arousal .
- سكرتون : يقلل القلق .
- بيتا أندورفين : يقلل الألم (Carsom- Deultt, ٢٠٠٢:١٣) .

(ب) وأن العمليات الفارماكولوجية والسلوكية التي تحدث إدمان التبغ مشابهة للإدمان الناتج عن تعاطي المخدرات الأخرى (Lichtenstein & Glasgow, ١٩٩٢) .

٢- أول أوكسيد الكربون :-

غاز عديم اللون والرائحة، يعد المصدر الأول للإصابة بأمراض الدورة الدموية، الحادة منها والمزمنة؛ إذ يتحد مع هيموجلوبين الدم (المسئول عن نقل "الأكسجين" من الرئتين إلى خلايا الجسم) بمعدل سريع جدًا يفوق معدل اتحاد الهيموجلوبين (بالأكسجين) مائتي مرة مما يؤدي إلى أكسده الدم التي تسبب التثاؤب والصداع واضطراب الرؤية، وفقد القدرة على التركيز وأحيانا الغيبوبة وزيادة معدل "الأيض" (التمثيل الغذائي) والإفراز اللعابي وكف عملية التبول، وكذلك يؤدي إلى تعب العضلات وسرعة نبض القلب، وارتفاع ضغط الدم وزيادة معدل التنفس ويهيج الغشاء المخاطي للرئة ويزيد من إفراز الشعب الهوائية (Lancker, ١٩٧٧) وينتج عن كل هذا إرهاق لجميع أجهزة الجسم مما يزيد احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة، فعلى سبيل المثال يؤدي ضغط الدم إلى الإصابة بتصلب الشرايين والذبحة الصدرية وأمراض القلب الأخرى ، ويوضح شكل (٧) كيف يؤدي تفاعل أول أوكسيد الكربون مع النيكوتين

إلى الإصابة بهذه الأمراض التي تعد أعظم أسباب الموت في المملكة المتحدة والولايات المتحدة؛ إذ أدت إلى وفاة مليون أمريكي، ٣٠٠ ألف



شكل (٧) آليات خطورة التدخين

بريطاني عام ١٩٨٠(هارستاي ، ١٩٨٨: ٩٧، ٩٩، ١٢٢) .

٣- القطران *:-

تتمثل خطورته في أنه مسبب للسرطان ، وتساعده في ذلك عدة عناصر كيميائية أخرى تحتوي عليها السيجارة ، ومنها "البنزيرين" benzo (a) pyrene (أحد مركبات النيتروجين التي تمتص عن طريق الشهيق أو الجلد ، وتسبب الغيبوبة كما تعمل علي زيادة لزوجة الدم وعدم سيولته) الذي يهاجم خلايا الجسم بمساعدة مركبات "الفينول" phenols، فتمهد الطريق للقطران الذي يدخل الخلية ، فيلتصق مباشرة بجزئيات حامض الـ "د.ن.أ.D.N.A ويحدث تعديلات فيه تؤدي إلى تدمير المورثات (الجينيات) مما يحدث تغييرا في شفرتها يترتب عليه إنتاج بروتينات لا فائدة منها، فتفقد الخلايا قدرتها علي تنظيم نفسها، وحينئذ يبدأ السرطان (المرجع نفسه ;Dreisback, ١٩٨٠ : ٩٧- ٩٩; Jarvik, ١٩٧٩) وتزداد خطورة الإصابة به إذا بدأ الفرد تدخين السجائر مبكرا أو كان من المدخنين بكثافة أو من الذين يدخنون السيجارة بسرعة (أي في وقت قصير) فكل هذا من أهم عوامل الإصابة بالسرطان خصوصا سرطان الرئة والفم والشفاه والحنجرة (المرجع السابق)، والسرطان أكثر أمراض القرن العشرين خطورة؛ لأنه القاتل الأول للشباب البالغين من العمر فيما بين خمسة وعشرين وأربعة وأربعين عامًا، وأنه القاتل الثاني – بعد الحوادث – لمن هم دون الخامسة وعشرين عامًا، وأنه ما من جزء من الجسم محصن ضده، فقد يصيب المخ أو الرئة أو الجلد أو الدم أو العظام أو ... الخ كما أن مساره ممطوط ويتميز بأعراض جسدية أليمة وآثار نفسية – على المريض وأسرته – مروعة.

ويعد سرطان الرئة من أكثر أمراض السرطان خطورة؛ إذ أن معدل الشفاء منه منخفض جدًا، فلا يتمكن من العيش خمسة أعوام بعد الإصابة به إلا (٧%) فقط من المصابين، وهو نتيجة مباشرة لتدخين السجائر خصوصا بالنسبة لمن بدأوا تدخينها في عمر مبكر أو يدخنونها بكثافة، فقد تبين من إحدى التجارب أن تعريض الكلاب لدخان السجائر قد أدى إلى إصابتها بسرطان الرئة (هارستاي وهتسون،١٩٨٨: ١٢٢ ;Lancker, ١٩٧٧).

* عند سماع اللفظ ، تقفز إلى الذهن صورة ما يستخدم عند رصف الطرق.

٤- السيانيد :-

وتحتوي كل سيجارة على (٢٤٠) ميكرجرامًا (الميكروجرام : ١/١٠٠٠من الجرام) من "السيانيد" وهو غاز سام يقوم بطرد "الأوكسجين" من الخلية كما يحدث عطبا بالخلايا العصبية في القشرة المخية وخصوصا في مراكز اللمس والألم والبصر؛ مما يفقد الفرد قدرته على الإحساس باللمس والإحساس بالألم ويضعف قدرته على الرؤية (Dreisback, ١٩٨٠: ١١٩)ويؤدي تعرض الفرد لكمية كبيرة منه – بالحقن أو بالتنفس – إلى موته خلال ربع ساعة فقط (المرجع نفسه: ٢٤٧) .

٥- النشادر Ammonia:-

غاز مهيج للرئتين، فتزيد من إفرازاتها، مما يصيب المرء بسعال جاف مصحوب ببلغم دموي، ويؤدي تهيج الرئتين إلى إفراز الجسم لإنزيم وظيفته إخراج الغاز أو المواد المهيجة (مثل القطران وغيرها من عناصر السيجارة) الأخرى من الجسم، إلا أن هذا الإنزيم يكسر جدران الحويصلات الهوائية للرئة فيفقدها القدرة على نقل "الأوكسجين" مما يسبب الاختناق إذا كان الفرد يبدأ التدخين، وأعراض انتفاخ الرئة والالتهاب الشعبي المزمن والتي تؤدي إلى انسداد الرئة المزمن إذا استمر الفرد في التدخين، كما يؤدي غاز النشادر إلى تضخم الغدد الدرقية الذي يسبب أمراضا كثيرة (هارسناي وهتسون، ١٩٨٨: ٤٩٧ ,Dreisback ١٩٨٠: ١١٩) .

٦- فينول :-

التعرض لكميات صغيرة منه ينبه الجهاز العصبي فيحدث زيادة في الحموضة Alkabsis يتبعها زيادة المواد القلوية Acialosis ناتجة عن طبيعة "الفينول" الحمضية وضعف قدرته علي تمثيل الكربوهيدرات، كما يحدث تغيرات مرضية في الكبد والكلية (Dreisback, ١٩٨٠: ٣٦٣)، ويحدث التعرض الحاد له أمراضا عديدة أهمها زيادة ضغط الدم والغيبوبة وعطب الجهاز العصبي المركزي.

هذا وتحتوي السيجارة على عناصر كيميائية أخرى منها ما يحدث عطبا بخلايا الجهاز العصبي المركزي (مثل: "الأسيتون- التولوين- د.د.ت") مما يؤدي إلى اضطراب أعضاء الحس والحركة، ويصل الأمر

أحيانا إلى الشلل، ومنها ما هو مسرطن وينتقل عبر الدم، ويتركز في كل أجزاء الجسم وخصوصًا تجاويف الفم والجهاز التنفسي والبولي مما يسبب كل أمراض السرطان (الفم – الشفاه -- البلعوم – الحنجرة – الرئة - المثانة – البروستاتا)، ومنها ما هو سام كأول أوكسيد كربون والسيانيد، ومنها ما هو مهيج للشعب الهوائية فيسبب التهاب الشعب وانتفاخ الرئة، ومنها ما ترتبط بقرح البلعوم والمريء والاثني عشر والمعدة وتليف الكبد ... الخ، بالإضافة إلى أن التدخين يؤدي إلى تقلص البلعوم مما يحدث الشخير نتيجة تقصير مدى التنفس الذي يصبح مجهدا (هارسناي وهتسون،١٩٨٨: ٩٩ (Dreisback, ١٩٨٠:١٣٧- ١٣٨ ; Jaruik, ١٩٧٩; Cox,et al., ١٩٨٨ :٣٨٢;.

وكل هذا يجعل تدخين السجائر المساهم الأول في إحداث المرض والعجز والموت في كل دول العالم ؛ ويقدم شكل (٧) عرضا لآليات ذلك.

وعلى الرغم من الوعي بهذه المخاطر والتي بدأت الإشارة إليها مع بدء انتشار تدخين التبغ في العالم حيث تنبه إليها الملك "جيمس" I. James عام ١٦٠٤ في لندن و"بياللي" S.Paulli عام ١٦٦٥ في "كوبنهاجن" و"تيدرو" T.Theodo عام ١٦٧٠ في "امستردام" (Lancker, ١٩٧٧) وترجم هذا الوعي إلى قرارات بحظر التدخين كما فعل البابا "أوربان" السابع *سنة ١٨٤٢ (عادل الدمرداش، ١٩٨٢: ٢٥١) إلا أن تدخين السجائر تزايد بشكل مخيف، حتى في العقود الأخيرة التي لا يخلو يوم فيها دون أن تطالعنا الأنباء باكتشاف علاقة تدخين السجائر بمرض جديد، وحتى في ظل وجود عبارة "التدخين ضار جدا بالصحة"(وصور مفزعة) على كل علبة سجائر تتناولها اليد، مما يثير التساؤل: لماذا يدخن الفرد رغم إدراكه مخاطر التدخين، على الأقل من خلال مطالعته لتلك العبارة،فليس من المنطق أن يصف مصنع السلعة التي يصنعها بأنها ضارة دون أن تكون كذلك، وإجابة هذا التساؤل يوضحها الفصل الثالث.

ثانيا: آثار التدخين على النفس : -

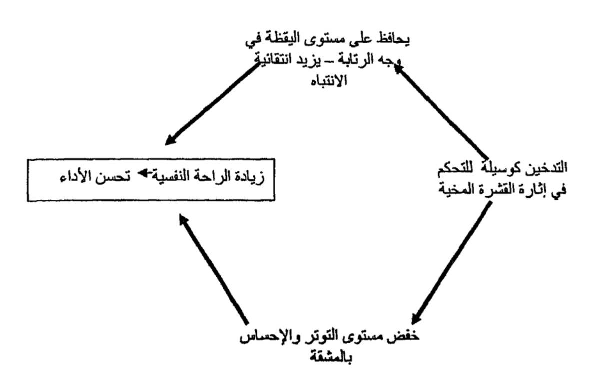
تعزي الآثار المباشرة لتدخين السجائر إلى "النيكوتين" الذي يعد أهم عناصر السيجارة الكيميائية ؛ لأنه يصل إلى خلايا الجسم عبر دوران

* ومن قبله السلطان العثماني مراد الرابع سنة ١٦٣٣ (Shechter, ٢٠٠٦: ١٦) .

الدم؛ إذ تمتص الرئتان ما بين ٢,٥،٣,٥مجم نيكوتين من كل سيجارة تم تدخينها ، وينقله الدم إلى المخ بسرعة فائقة (في مدة تقل عن سبع ثوان) حتى إن معدل تركيزه في المخ يتفوق على معدل تركيزه في الدم (Best, et. al., ١٩٨٩; Jeavik, ١٩٧٩; Lancker, ١٩٧٧). ولذا يعد مادة مؤثرة في الحالة النفسية مثله مثل الكوكايين والهيروين وغيرهما، بل ويتفوق عليهما لسهولة الحصول عليه وسرعة ذلك، مما يجعل تعاطي كميات كبيرة منه ممكنا، وبالتالي يحدث درجة أعلى من الاعتماد أو الإدمان (Henning; Field & Keeman, ١٩٩٣).

وللنيكوتين أثر فارماكولوجي مزدوج، فالجرعة الصغيرة منه مهيئة تسمح بمواجهة المواقف الرتيبة المملة، وتساعد على التركيز وتحمل مواقف المشقة Stress . أما الجرعة الكبيرة منه فهي مخمدة Deperessed تحدث فتورا في العضلات، خصوصا إذا كان الفرد قلقا بطبعه أو مضطربا (Russell, ١٩٧٧)، لذا يعتقد بعض الباحثين أن تدخين السجائر وسيلة نفسية يستعين بها الفرد كي يصل بأدائه إلى المستوى الأمثل من خلال التحكم في مستوى إثارة القشرة المخية، الذي يحدد الاستجابات السلوكية والانفعالية لأي منبه بيئي، مشيرين بذلك إلى نتائج البحوث التي تناولت دوافع الأفراد لتدخينهم السجائر، فالبعض يشعره التدخين بالمتعة والاسترخاء، والبعض الآخر يساعده التدخين علي خفض مشاعر الحزن والتوتر والمشقة، ويوضح شكل(٨) ذلك.

وتبين التجارب أن حقن القطط النائمة بكميات صغيرة من "النيكوتين"، (٠,١مجم/ كجم وزن) أيقظها لمدة ثلاث دقائق ظهرت خلالها زيادة في كل من السلوك ورسم المخ الكهربائي، ثم عادت بعدها القطط لنوم استغرق عشرين دقيقة كان أكثر عمقا من نوم ما قبل الحقن بالنيكوتين، ولوحظ أن هذه الإثارة مماثلة للإثارة الناتجة عن تعريض القطط لدخان السجائر من خلال رئتيها أو أنفها، وقد قلل حقنها بجرعات كبيرة من نشاط المخ، مما يعني أن الجرعة الصغيرة من "النيكوتين" منبهة، وأن الجرعة الكبيرة منه مخمدة، وتوصل الباحثون لنتائج مشابهة عند إجراء تجاربهم على الكلاب والأرانب والفئران والدجاج والقردة .



شكل(٨) التدخين كوسيلة نفسية (نقلاً عن:Ashton & Stepney,١٩٨٢)

أما التجارب التي أجريت على الإنسان فتوضح أن لتدخين السجائر أثرًا مزدوجًا على زمن رد الفعل قصير الأمد، فقد يزيده، وقد ينقصه، اعتمادا على خصال شخصية المبحوثين، ودرجة تعقيد المهمة المؤداة وظروف هذا الأداء (الميَّسرة له أو المعَّوقة).

وبالنسبة لتعلم مقاطع صماء (لا معنى لها حتى نتحاشى أثر التعلم السابق) لوحظ أن تدخين سيجارة واحدة أحدث نقصًا شديدًا في عدد الاستجابات الصحيحة، لكن عدة تجارب أجريت لدراسة تأثير السجائر على تعلم قوائم من الكلمات المتزاوجة، توضح أن للتدخين تأثيرا مباشرا ضئيلا على سرعة تعلم الكلمات المتزاوجة معا، لكن هذا الأثر يتلاشى بعد مرور حوالي نصف ساعة على التدخين (Ashton & Stepney, ١٩٨٢)، مما يعني أن التأثير الإيجابي المباشر لتدخين السجائر تأثير مؤقت جدا، ولا يتعدى السيجارة الأولى أي عندما يكون مستوى "النيكوتين" في الدم منخفضا للغاية (هند طه، ١٩٨٤ :٥٥).

وقد أجريت ثلاثة بحوث مصرية للتحقق من تأثير التدخين طويل الأمد على كفاءة بعض الوظائف النفسية مثل الانتباه ودقة الإدراك والذاكرة قصيرة الأمد وسرعة الأداء النفسي الحركي، حيث قارن البحث الأول (هند طه، ١٩٨٨: ٦٩ - ٧٥) بين أداء مجموعتين من طلاب الصف الثالث الثانوي العام بأحدي مدارس محافظة الجيزة، إحداهما مكونة من ٢٦ مدخنًا، والثانية عبارة عن ٢٦ طالبًا ممن لم يدخنوا مطلقا، وتمت المقارنة بين أدائيهما على اختبارات الانتباه والتذكر قصير الأمد، حيث تبين تفوق مجموعة غير المدخنين في الأداء على تلك الاختبارات .

وقارن البحث الثاني (أحمد الرفاعي غنيم ، ١٩٨٦) بين أداء ١٢١ مدخنا و ١٢١ غير مدخن،جميعهم من طلاب كليتي التربية والآداب بجامعة الزقازيق علي ١٢ اختبارا للتذكر المباشر، وأسفرت المقارنة عن تفوق غير المدخنين على المدخنين، وعند المقارنة بين الذين يدخنون منذ مدة قصيرة، والذين يدخنون من مدة طويلة، أو بين الذين يدخنون بمعدل منخفض، والذين يدخنون بكثافة، تبين تفوق كل من المدخنين منذ مدة قصيرة، والذين يدخنون بمعدل منخفض على المدخنين منذ مدة طويلة والذين يدخنون بكثافة.

وقارن البحث الثالث (هند طه ، ١٩٨٤: ٩١- ١٠١ ، ٨٤) بين كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى مجموعتين من الأفراد :

- المجموعة الأولى تتكون من ٧٥ مدخنا،متوسط أعمارهم ٢٩,٦٥، ومتوسط المدة التي استمروا يدخنونها ١١,٢ سنة، بمعدل تدخين يومي ٢٢,٨ سيجارة في المتوسط .
- المجموعة الثانية عبارة عن ٧٥ غير مدخن، ولم يسبق لهم أن دخنوا السجائر، مكافئين للمجموعة الأولى من حيث العمر، النوع، مستوى التعليم، ومستوى المهنة، ومحل الإقامة والدخل الشهري وأسفرت المقارنة بين أداء المجموعتين على اختيارات بعض الوظائف النفسية عن : -

١- هناك ارتباط سلبي بين تدخين السجائر طويل الأمد، وكفاءة بعض الوظائف النفسية الأساسية مثل الانتباه ودقة الإدراك والذاكرة المباشرة وسرعة الأداء النفسي الحركي .

٢- يوجد هذا الارتباط بغض النظر عن سمات شخصية المدخنين (أي موقعهم علي كل بعد من: الانبساط، العصابية، الذهانية).

٣- يوجد هذا الارتباط السلبي أيضا بغض النظر عن عدد السجائر المدخنة يوميا وعدد سنوات التدخين .

٤- يزداد هذا الارتباط السلبي وضوحا مع ارتفاع مستوى التعليم وكلما كانت المهمة المطلوب أداؤها صعبة ومعقدة .

وقد نلحظ تعارضا بين النتيجة الثالثة لهذا البحث ونتائج بحث أحمد الرفاعي غنيم (١٩٨٦) (المشار إليه قبله) مرده إلى الأزمان في التدخين فعينة البحث الثاني يقل لديهم مدى الأزمان في التدخين بشكل واضح عن عينة البحث الثالث ، كما تبين من متوسط عمر الأفراد في العينتين (٢١,٣ سنة في مقابل ٢٩,٦٥ سنة) مما يعني أن المقارنة التي تمت في البحث الثاني بين المدخنين لمدة قصيرة والمدخنين لمدة طويلة ليست إلا مقارنة بين مدخنين على سبيل التجربة، ومدخنين منتظمين في التدخين، في حين أن المقارنة في البحث الثالث كانت بين مدخنين استمروا في التدخين، مدة لا تقل عن ثلاث سنوات، ومدخنين استمروا في التدخين مدة تصل إلى ٢٣ سنة، فهناك تفاوت واضح في مدة التدخين في البحثين يبرر الاعتماد على نتيجة البحث الثالث؛ إذ لا تظهر الآثار السلبية للتدخين – سواء كانت على الجسم أو على الوظائف النفسية – إلا بعد سنوات من الاستمرار في التدخين، وذلك للآثار المتراكمة للعناصر الكيميائية في السيجارة .

وهكذا توضح البحوث أن تدخين السجائر يلحق ضررا بالغا بالعمليات العقلية العليا الضرورية لحياة الفرد اليومية (مثل: الانتباه والإدراك والتذكر ...الخ) وهو ضرر يماثل الضرر الذي كشفت عنه البحوث (Soueif et. al., ١٩٨٠; ٤٠) كنتيجة للتعاطي المزمن للحشيش.

ولا تقتصر خطورة تدخين السجائر عند هذا الحد؛ إذ تكشف البحوث عن اقتران بينه وبين الأمراض النفسية والعقلية عموما والفصام علي وجه الخصوص وهو أشد هذه الأمراض وأشملها اضطرابا وأسوأها مآلا، فعلى مدى عشر سنوات مضت، تم تتبع هذا الاقتران في ٤٢ دراسة أجريت في عشرين سياقا ثقافيا (قومية)، تبين – بأسلوب التحليل اللاحق للدراسات – أن ٣٢ دراسة (في ١٨ قومية) دعمت ارتباط التدخين بالفصام لدى الذكور

مقابل ٢٥ دراسة (في ١٥ قومية) كشفت عنه بين الإناث وكان التدخين الشره والاعتماد المرتفع على النيكوتين أكثر تكرارا بين المدخنين الفصاميين (والمصابين بأمراض عقلية أخرى) مقارنة بالجمهور العام مما يؤكد أن الشخصية الفصامية أحد العوامل التي تنبئ ببدء التدخين (Deleon, ٢٠٠٥).

وتكشف الدراسات الوبائية عن علاقة بين التدخين والاكتئاب، بعض هذه الدراسات يرى أن التعرض طويل الأمد للنيكوتين عبر التدخين يحدث تأثيرًا مخيًا بسبب الاكتئاب ، والبعض الآخر من الدراسات يرى أن عوامل جينية ووراثية وبيئية تهيئ الفرد لكل من التدخين والاكتئاب (Berslau, et. Al., ١٩٩٨) ، كما تؤكد البحوث اقتران* تدخين المراهق باضطرابات الشخصية لديه كاضطراب المزاج (اكتئاب – هوس – قلق) واضطراب الألم والخوف الاجتماعي والوسواس القهري والجنوح . وأنه لا فرق بين الذكور والإناث في هذا الاقتران (Brook; Pohl & Brook, ٢٠٠٨) .

والمظهر الأكثر خطورة للتدخين يتمثل في كونه أحد أنماط الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب الذي يعد زملة Syndrome "بيولوجية" نفسية اجتماعية تكشف عن نفسها في نمط سلوكي يتمثل في التعاطي المنظم (بشكل مستمر أو دوري) لمادة ذات تأثير معين، ويحظى هذا النمط السلوكي بأولوية تفوق أولوية ضروب سلوكية أخرى ضرورية للحياة.

ولهذا الاعتماد عدة شروط هي :-

- وعي ذاتي برغبة مندفعة للتعاطي.
- رغبة في الامتناع عن التعاطي .
- عادة منمطة نسبيا .

---

* أحد تفسيرات هذا الاقتران هو لجوء المدخن إلى النيكوتين كنوع من العلاج الذاتي للاستعداد الوراثي للمرض (خصوصًا الاكتئاب)، أضف إلى ذلك عوامل بيئية (كالمشقة الأسرية) تهيئ لكل من التدخين والاضطراب (Brook, et al., ٢٠٠٨) .

- مؤشر لتكيف عصبي، يتمثل في كل من :- التحمل Tolerance بمعنى زيادة الجرعة للحصول على نفس الأثر الذي تحدثه جرعة سابقة أقل، وأعراض الانسحاب Withdrawal أي أن يحدث الامتناع عن التعاطي آثار "فسيولوجية" منفرة تجبر الفرد على العودة للتعاطي – ويحظى البحث عن المادة المتعاطاة بأولوية تفوق الأولويات الحياتية المعيشية الضرورية (WHO, ١٩٨٠).

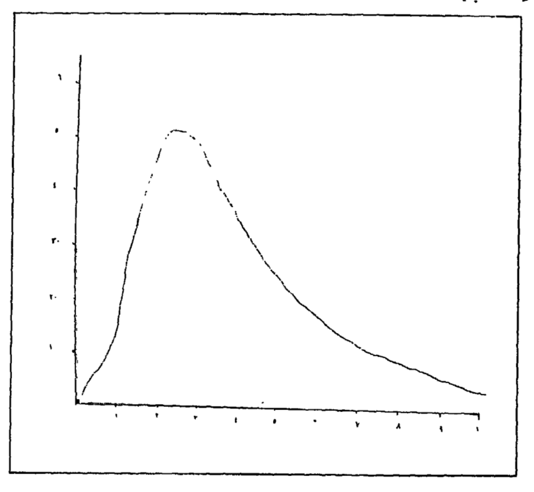
وتتوافر هذه الشروط في تدخين السجائر إذ توضح (Best, et. al., ١٩٨٥، ١٩٧٧; Biglan & Lichtenstein ١٩٨٤: Jarvik ١٩٧٩: Russell) إنه عادة منمطة إلى حد ما، يصدرها الفرد مدفوعا برغبة ملحة استجابة لأثر التحمل، وتحاشيا لأعراض الانسحاب (مثل: الغثيان- الصداع- الأرق – سرعة الاستثارة العصبية والعدوانية – القلق – الخمول – اضطرابات الجهاز الهضمي) كما يكشف الغالبية العظمى من المدخنين عن رغبة شديدة للامتناع عن التدخين.

وقد أدرك* بعض كتاب القرن السادس عشر ذلك، فتساءل "بارتولون" Bartolone عام ١٥٢٧ عند مشاهدة الهنود الحمر يدخنون "أي متعة يصلون إليها بمثل هذه العادة المثيرة للاشمئزاز التي لا يستطيعون الامتناع عنها" (COR- TI ١٩٣٢) ويؤكد الملك جيمس James ذلك عام ١٦٠٤ مشيرا إلى التشابه بين تدخين التبغ وتعاطي الكحوليات؛ إذ يقول: "تؤدي هذه العادة إلى الإدمان، حتى يصبح كل أمل المدخن هو أن يتمكن من الامتناع عن التدخين بعد أن شعر بآثاره السيئة " (المرجع نفسه) حيث يعد هذا الامتناع من الصعوبة بعد أن تفشل محاولات تجريب الإقدام عليه، وذلك للآثار "الفسيولوجية" التي تظهر بعد مرور أقل من ست ساعات علي تدخين آخر سيجارة، وهذه الآثار عبارة عن ارتفاع ضغط الدم وارتفاع معدل التنفس واضطراب النوم وانخفاض الوزن نتيجة اضطرابات عملية الأيض "التمثيل الغذائي" وتناقص الكمية المطلوبة من

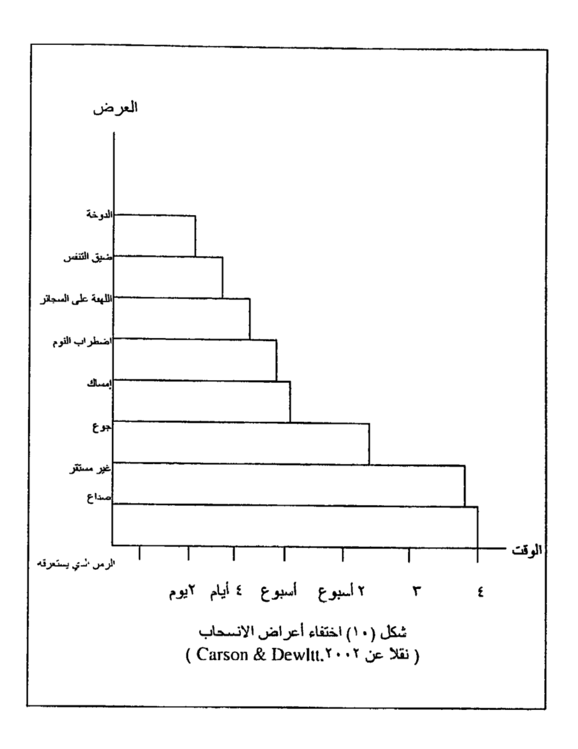
---

* وتعكس ذلك القيود التي فرضتها الدول على التدخين سنة ١٦٠٤ بإنجلترا ، ١٦٠٧ باليابان ١٦١٧ بالإمبراطورية Mogul ، ١٦٣٢ بالسويد والدنمارك ، ١٦٣٤ بروسيا ، ١٦٣٧ بنبولي . وحظر زراعته السلطان العثماني مراد الرابع سنة ١٦٣١ كما نهى سنة ١٦٣١ عن التدخين معاقبًا من يضبط مدخنا أمرًا بإغلاق المقاهي التي تسمح بالتدخين (Shechter, ٢٠٠٦:١٧) ، وعندما بدأت تجارة التبغ في مصر خلال القرن الـ ١٧ تم تسجيل نقابة لبائعي التبغ تحت إشراف الجهة المسئولة عن الأعمال اللاأخلاقية (كالدعارة والنشل) مما عزز الانطباع أن الإمبراطورية العثمانية تحد من انتشار التبغ (المرجع نفسه : ٢٤).

السعرات الحرارية ، وكل هذه الآثار تنتج عن انخفاض "الإدرينالين" وتصل هذه الآثار إلى قمة شدتها خلال الثلاثة أيام الأولى بعد تدخين آخر سيجارة، كما يتضح من شكل (٩)، وتختفي هذه الآثار بعد خمس دقائق فقط من تدخين أول سيجارة بعد فترة الامتناع هذه، أو أن يستمر هذا الامتناع لمدة أسبوعين متصلين .(Dreisback, ١٩٨٠: ٤٧; Jarrik ١٩٧٤) ، ويوضح شكل (١٠) المدة اللازمة لاختفاء كل عرض من أعراض الانسحاب.



المدة (باليوم) بعد تدخين آخر سيجارة
شكل (٩) شدة الآثار المنفرة لامتناع المدخنين عن التدخين



شكل (١٠) اختفاء أعراض الانسحاب
(نقلاً عن Carson & Dewltt.٢٠٠٢)

ولا يقف الأمر عند هذا الحد، فلا يكتفي تدخين السجائر بأن يحدث درجة من الاعتماد النفسي و "الفسيولوجي" على "النيكوتين" وإنما يعد خطوة سابقة لتعاطي مواد ذات تأثير أشد في الجهاز العصبي؛ إذ يتم تعاطي تلك المواد على خطوات متدرجة تبدأ بتعاطي المواد المباحة قانونا الأقل إثارة لرفض المجتمع ، والأقل تأثيرا في الأعصاب (مثل: نيكوتين السجائر) وينتهي بتعاطي المواد المحظورة قانونا والمثيرة لرفض واعتراض دوائر المجتمع، لكنها الأكثر تأثيرا في الأعصاب (مثل: مشتقات الأفيون) (Kandel, ١٩٧٨) . .

يؤيد هذا البحوث التي أجريت علي المتعاطين المزمنين لتلك المواد حيث يدخن ١٠٠% منهم، بل وقد بدأوا التدخين في سن مبكرة (١٤,٥ سنة في المتوسط) بينما لم يدخن من غير المتعاطين المناظرين لهم إلا ١١% فقط ، وكان متوسط أعمارهم عند بدء التدخين هو ١٨ سنة (المرجع نفسه) كما يدخن ٩١,٦% من متعاطي الحشيش المزمنين (ن= ٨٥٠ متعاطيا) في مقابل ٣٢,٣% مر المناظرين لهم من غير المتعاطين للحشيش (ن=٨٣٠) (٤٠: Soueif et. al., ١٩٨٠) .

وقد أجريت دراسة (Soueif et. al., ١٩٨٥) على عينة قوامها ٩٢١٦ طالبا من طلاب المرحلة الثانوية بأنواعها (عام، فني،معلمين) بالقاهرة الكبرى، اتضح منها أن الطالب المدخن أكثر تعرضا لمنبهات تتعلق بتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بالمقارنة بالطالب غير المدخن، فالمدخنون سمعوا عن هذه المواد ورأوها، ولهم أصدقاء وأقارب يتعاطونها أكثر مما لدى غير المدخنين، ويفترض الباحثون لتفسير ذلك أن المدخنين من المراهقين يفضلون البيئات الاجتماعية التي تيَّسر التدخين وتشجع عليه؛ لذا يميلون للتفاعل أكثر، وبشكل متكرر مع المدخنين الآخرين الذين يعرضونهم لكل أنواع المنبهات الاجتماعية المتعلقة بالعقاقير المؤثرة في الأعصاب وتتنوع هذه المنبهات من أحاديث حول تلك المواد إلى تقديم نماذج سلوكية لتعاطيها.

وقد كشفت الدراسة – أيضا– عن أن الطلاب المدخنين أكثر جرأة في محاولة تجريب تعاطي تلك المواد وأكثر استعداد لهذا التعاطي وتقبلا له إذا أتيحت الفرصة، بل وأكثر استعداد للاستمرار في هذا التعاطي، كما يرتبط تدخين السجائر – وبقوة – بالاعتقاد في فوائد تعاطي تلك المواد

سواء مخدرات طبيعية أو مصنعة أو كحوليات، وهذا الاعتقاد هو الذي ييسر بدء التعاطي ويبرره .

وتؤكد بيانات البحوث المنضبطة منهجيا هذا الاقتران الجوهري بين تدخين السجائر والتأهب لتجريب المواد الإدمانية بمختلف أنواعها إذا ما سنحت الفرصة لذلك ، فمن بين الطلاب المدخنين الذين لم يسبق لهم تعاطي الحشيش أو الأفيون أبدي ١٤% استعدادهم لذلك مقابل ٢% فقط من غير المدخنين، كذلك أبدى ٣١% من هؤلاء المدخنين استعدادهم لشرب الكحوليات مقابل ٦% من غير المدخنين (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٤) أما الذين أقروا بتعاطيهم الحشيش والأفيون من طلاب الجامعة فإن نسبة المدخنين منهم ٧٢% مقابل ١٥% ممن لم يتعاطوا، وكانت نسبتهم – أي المدخنين – بين شاربي الكحوليات ٤٢% مقابل ١٣%، أما بين طلاب الثانوي فقد تجاوزت نسبة المدخنين بين متعاطي الحشيش أو الأفيون ٦٠% مقابل ٨% و٢٦% بين شاربي الكحوليات مقابل ٦%مما يؤكد أنه مع تدخين السجائر يرتفع احتمال تعاطي المخدرات (المرجع نفسه : ١٣٨- ١٣٩).

وهكذا يضر تدخين السجائر بعمليات الفرد العقلية العليا، ويحدث لديه درجة من الاعتماد النفسي "والفسيولوجي" على "النيكوتين" كما يهيئه لتعاطي مواد أشد تأثيرا في جهازه العصبي، وأكثر إحداثا للضرر الجسمي والنفسي.

ثالثا:- آثار التدخين على الآخرين :-

يضيف الفرد بتدخينه السجائر غازات سامة (مثل: "السيانيد" وأول أوكسيد الكربون) إلى الهواء المحيط به وبغيره من غير المدخنين فيسلب حقهم * في هواء نقي ويعرضهم للإصابة – نتيجة استنشاقهم هواء ملوثا– بأمراض الجهازين الدوري والتنفسي المزمنة، تزداد الخطورة إذا دخن الفرد في مكان مغلق والذي يجمعه عادة مع أحبائه من أهله وأصدقائه فيعرضهم بتدخينه هذا إلى الخطر الداهم الذي يأخذ صورا متعددة منها :

* العجيب أن تطالعنا أهرام ١٩٩١/١/٤ عن اجتماع عقده المدخنون من ٢٢دولة في "هلنسكي" مطالبين بحقوقهم في التدخين .

١- الخطر الصحي الذي لا تخفي مظاهره على أحد؛ إذ للتدخين السلبي* التأثير نفسه للتدخين المباشر، وأن كان بطيئا؛ لأن نسبة ما يستنشقه المدخن السلبي من تدخين من يجاوره هي ٢٠ إلى٢٥%مما استنشقه المدخن، فإذا دخن أحد الأفراد عشرين سيجارة بجوار آخر، فكأنما دخن هذا الآخر أربع أو خمس سجائر، ويكشف تقرير قسم الصحة والخدمات الإنسانية "٢٠٠٨" – اعتمادًا على تحليل لاحق لبحوث تناولت تعرض غير المدخنين للتدخين السلبي – تزايد معدل مخاطر إصابة الراشدين بسرطان الرئة وأمراض القلب والجهاز التنفسي، وأن احتمالات الإصابة هذه تماثل احتمالات إصابة المدخنين. أما تعرض النساء الحوامل للتدخين السلبي فينقص وزن الأجنة ويضعف كفاءة الرئتين لديهم خلال مرحلة الطفولة، أما تعرض الأطفال للتدخين السلبي فيزيد احتمالات إصابتهم بزملة الموت المفاجئ والسرطان والتهابات الأذن الوسطى والربو وأمراض الجهاز التنفسي.

٢- ومنها الخطر الاجتماعي المتمثل في استقطاع الرجل جزءا من دخل أسرته ليخصصه لإنفاقه على السجائر أو بالأحرى على شراء الضرر لهم. **

٣- كما يعد تدخين الفرد، وخصوصا إذا كان أبًا، مشكلة تربوية إذ يهيئ أطفاله لبدء التدخين من خلال جعل السجائر في متناول أيديهم، وتقديم النموذج السلوكي للتدخين فيقتدي به الأطفال ويقلدونه، ولذلك يعد تدخين الأب أهم محددات بدء المراهقين تدخين السجائر، ولا يقل تدخين الأم أهمية عن تدخين الأب خاصة، وأن ٧٠% من النساء المدخنات يفضلن التدخين بالبيت في مقابل ٤٨% من المدخنين، ربما لأنهن يمضين معظم الوقت بالمنزل، وهكذا تزداد خطورة التدخين السلبي على الأبناء (Shifman, ١٩٩٣) ، وتزداد خطورة تدخين الأم إذا كانت حاملا، ونسبة المدخنات الحوامل لا

---

* Passive Smoking ويسمى كذلك التدخين العفوي involuntary أو التدخين المرتجع Secondhand أو التدخين البيئي Environmental tobacco smoke .

** تشير التقديرات إلى أن تدخين ٢٠سيجارة يوميًا يكلف المدخن حوالي ١٨٠٠ جنية إسترليني في بريطانيا سنويا ، وأكثر من ١٧٠٠ دولار أمريكي سنويا بالولايات المتحدة ، وأكثر من ربع دخل المواطن المصري.

يستهان بها؛ إذ تقدر بـ ١٢,٦% من مجموع الأمريكيات و٢٣,٧% من مجموع الكنديات www.Cdc.Gov;conner&Mcin-tyre,١٩٩٩ ونتيجة هذا تمد الأم جنينها بأكاسيد الكربون بدلا من الأوكسجين مما يصل تركيزها في دمه وأحماضه الأمينية إلى ١٥% (وكذلك في لبن الأم المدخنة)، وهذه العوامل تزيد من مخاطر الحمل ما بين وفاة الجنين وإصابة الأم بتسمم حمل واحتمال الولادة المبتسرة، كما تؤدي إلى ولادة طفل أقل وزنًا وأقل طولا وأقل في معدلات نموه وارتقائه، ومن المحتمل أن تكون مشوه أو متأخرًا عقليًا .

رابعا: آثار التدخين على الوطن :-

يعد تدخين السجائر عبئا ثقيلا على الاقتصاد القومي؛ إذ يستقطع من ميزانية الدولة – أية دولة – أموالا طائلة، تنفق في إنتاج السجائر أو كتكلفة للعناية الطبية بالأمراض المرتبطة بتدخين السجائر أو الدعاية لها، أو الحملات المضادة للتدخين، فعلى سبيل المثال تنفق (كندا) حوالي ٣,١ بليون دولار سنويا في صناعة السجائر، كما تكلفها العناية الطبية بالأضرار الصحية المترتبة على التدخين أكثر من ١,٥ بليون دولار كل عام (Cox et. al., ١٩٨٢: ٣٨٣) وقد أنفقت الولايات المتحدة في عام ١٩٧٥ وحده ما يزيد عن ستمائة مليون دولار في إنتاج السجائر، ١,٨ بليون دولار أخرى في الدعاية لها ، كما تكلفها العناية الطبية بالأمراض المرتبطة بالتدخين أكثر من ٢٥,٥ بليون دولار، يضاف إليها ٣٩٥,٦ مليون دولار خسائر الحرائق التي تسبب في إشعالها التدخين، كما خسرت الولايات المتحدة ما قيمته ٨١ مليون يوم عمل نتيجة عجز العمال الذين أصيبوا بأمراض تسبب فيها تدخينهم السجائر، هذا في منتصف السبعينيات، أما في الثمانينيات، فقد زادت خسائر الولايات المتحدة * نتيجة تدخين السجائر عن المائتي بليون دولار كل عام (Le-vethnal et. al., ١٩٨٩ : Luce & Schweitzer, ١٩٧٧) .

* بعد أن توالت الدعاوي القضائية التي ترفعها حكومات الولايات المتحدة الواحدة بعد الأخرى عامي ٩٦/ ١٩٩٧ لمطالبة شركات السجائر بتحمل نفقات الرعاية الطبية للأمراض المرتبطة بالتدخين فإن هذه الشركات عرضت المصالحة مع الحكومة وقبلت دفع تعويضات ضخمة لها وصلت إلى ٣٦٨ مليار دولار ، مما دفع هذه الشركات إلى شراء حقوق إنتاج السجائر بدول العالم الثالث .(Vogal, ٢٠٠٣)

وتفقد بريطانيا ٣٤ مليون يوم عمل سنويًا (تقدرً قيمتها أربعمائة مليون جنيه استرليني) نتيجة تغيب عمال لأمراض سببَّها التدخين www.ash.org.uk وتكلفة علاجهم تقَّدر بـ ١,٥ بليون جنيه استرليني سنويًا.

أضف إلى ذلك الخسائر الناتجة عن الحرائق ، ففيما بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥ تسبَّب التدخين في إشعال أربعة آلاف وثلاثمة حريق بالمنازل، توفى أثرها مائة وعشرة (١١٠) من الأشخاص.

وفي عام ١٩٦٥ تكلفت صناعة السجائر في مصر حوالي ٩١ مليون جنيه ارتفعت عام ١٩٧٦ إلى أكثر من ٢٤٤ مليون جنيه مصري، وبلغت عام ١٩٨٠حوالي ٤٢٨ مليون جنيه* وقدرت عام ١٩٨٥ بأكثر من مليار جنية مصري (وأشار بيان للجهاز المركزي بمناسية اليوم العالمي لمكافحة التدخين ٢٠٠٩/٥/٣٠ أن التدخين يكلف المصريين ثمانية مليارات من الجنيهات وأن معدل غياب المدخنين عن العمل يزيد ٥٠% عن غير المدحنين)، كما تتكلف مصر في العناية الطبية بالأمراض المرتبطة بتدخين السجائر حوالي ١٣٣ مليون جنيه مصري، بالإضافة إلى ٥٢,٥ مليون جنيه نتيجة التغيب عن العمل بسبب تلك الأمراض، كما يسبب تدخين السجائر خسائر مادية جسيمة في المباني والمنشآت نتيجة كونه السبب الرئيسي في إشعال ٢.% من الحرائق عموما و٤٠% من الحرائق شديدة الاشتعال.**

علما بأن مصر تعاني من مشكلة اقتصادية طاحنة تجعلها غير قادرة علي تحمل أية نفقات لا طائل لها، فما بالك بنفقات صناعة السجائر التي يضاف إليها الخسائر الجسيمة الناتجة عن تدخينها.

---

* تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عن صناعة منتجات التبغ القاهرة : ديسمبر ١٩٨٠.

** من حديث للدكتور شريف عمر إلى جريدة الأهرام القاهرية في ١٩٨٧/٨/١٨ وتشير دراسة أجريت مؤخرا للجهاز المركزي للمحاسبات إلى أن الأسرة المصرية تنفق ٥% من دخلها الشهري علي السجائر على حين أن ما ينفق علي العلاج لا يتعدى ٢% من هذا الدخل مقابل ١,٢% من الدخل يتم إنفاقه على الترفية وتشير التقارير إلى أنه في الوقت الذي تحولت فيه ٥٠%من المساحة المزروعة تبغا في أمريكا إلى زراعة محاصيل أخرى فإن إيرادات الشركة الشرقية للدخان بمصر قد زادت خلال عام ١٩٩٧ بنسبة ٨,٩% الأمر الذي يشير إلى تزايد استهلاك المصريين للسجائر، وتشير بتقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن مبيعات التبغ سوف ترتفع في الدول النامية خلال الأعوام القادمة (مجلة النفس المطمئنة، يوليو ١٩٩٧، ٥١: ٣٠).

خامسًا: التدخين مشكلة بيئية : -

يزرع التبغ في مائة دولة حول العالم على رأسها الصين وأمريكا والهند والبرازيل وتركيا؛ فهذه الدول الخمس تنتج ثلث الإنتاج العالمي. ويحتاج نبات التبغ ثلاثة أشهر لاكتمال نموه يمد فيها بكميات كبيرة من الأسمدة – بعضها مواد سامة مثل methyl bromide – تلوث التربة والأنهار ومظاهر خطورة التبغ على البيئة تتمثل في : -

١- أنه يشغل حيزًا من الأرض الزراعية مما يعني تضاؤل مساحة الأرض المتاحة لزراعة محاصيل غذائية، إذ تشير التقديرات أن المساحة المزروعة تبغًا يمكنها أن تفي بغذاء عشرين مليون فرد إذا استبدلت زراعة التبغ بمحاصيل غذائية .

٢- أن كميات الأسمدة ونوعيتها التي تتطلبها زراعة التبغ تلوث التربة ويمتد تأثيرها الضار إلى المحاصيل التي تعقب التبغ، وتنقل الضرر إلى الحيوان والإنسان الذي يأكلها فتضعف المناعة لأمراض أخرى كالملاريا.

٣- يعد التبغ مصدرًا لمرض مهني يصيب العاملين في زراعته ونقله وصناعته يسمى "مرض التبغ الأخضر" وينتج عن امتصاص أكبر للنيكوتين أثناء التعامل مع ألياف التبغ المبللة وأعراض هذا المرض القئ والضعف والتشنج العضلي واضطرابات نبض القلب وضغط الدم.

٤- يستهلك تجفيف التبغ (كمرحلة أولى لتصنيع السجائر) كميات كبيرة من الغاز والأخشاب (فزارعوا التبغ يقطعون أشجار مساحة مائتي ألف هكتار من الغابات سنويًا) إذ يحتاج تجفيف طن واحد تبغ ١٢م٣ خشب، وينتج عن هذا التجفيف أكاسيد كربون تلوث الهواء وتسهم في التغييرات المناخية المهددة لكوكب الأرض، فعلى سبيل المثال تشير احصاءات شركة التبغ البريطانية الأمريكية أن إنتاجها سنة ٢٠٠٦ بلغ ٦٨٩ بليون سيجارة خلَّف تصنيعها نصف مليون طن من أكاسيد الكربون وأن هذه الكميات تأتي بعد تطوير الإنتاج مما خفض انبعاث أكاسيد الكربون بنسبة ٤٣% عما كان الوضع قبل خمس سنوات .

٥- تشكل أعقاب السجائر مصدرًا لخلل بيئي، إذ ينتشر منها سنويًا علــى ســطح الأرض ٤,٥ تريليــون تقتــل الطيــور والأســماك وحيوانات أخرى لاحتوائها على عناصر سامة مركّزة، وفي اليوم العالمي لتنظيف الشواطئ تبين أن مخلفات تدخين السجائر تشكل ٣٠% من القمامة، وتكشف الإحصاءات البريطانية أنه يتم جمع ١٢٢ طن يوميًا من أعقاب السجائر على الشواطئ الإنجليزية www.ash.org:uk .

الخلاصة

يعد تدخين السجائر أحد أنماط الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب وأكثرها شيوعا في القرن العشرين، وذلك لأن السجائر متاحة بدرجة كبيرة وتكلفتها الاقتصادية ضئيلة بالمقارنة بالمواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب، كما أنها مقبولة في كل المواقف الاجتماعية، ويرتبط تدخينها بهاديات "علامات" بيئية عديدة تيسره (Russel, ١٩٧٧) .

وتؤكد البحوث وجود علاقة قوية بين تدخين السجائر وأمراض يصعب – أو على الأقل يطول – علاجها، وتتصدر قائمة الأمراض المسببة للوفاة، كما تكشف البحوث عن ارتباط سلبي بين تدخين السجائر طويل الأمد وكفاءة بعض الوظائف النفسية الضرورية للحياة كالانتباه ودقة الإدراك والذاكرة وسرعة الأداء النفسي الحركي؛ إذ يتفوق غير المدخنين على المدخنين في الأداء على اختبارات تلك الوظائف النفسية.

كما تبين أن تدخين السجائر يستقطع من ميزانية الدولة أموالا طائلة تنفق إما في إنتاج السجائر، أو كتكلفة للعناية بالأضرار التي يسببها التدخين كفاقد ناتج عن نقص إنتاجية المدخنين .

كما يعد التدخين مشكلة بيئية، إذ تشغل زراعته حيزًا من الأرض الزراعية ، كما يستهلك تجفيفه كميات من الماء والوقود وينتج عنه كميات كبيرة من أكاسيد الكربون إضافة إلى مخلفاته (أعقاب السجائر) التي تلوث الأرض .

الفصل الثاني
بدء التدخين

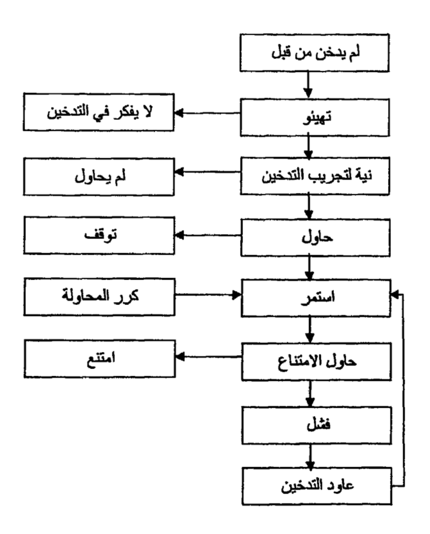
التدخين يكتسب على مراحل:-

يعد تدخين السجائر سلوكا شديد التعقيد، تسبقه معارف ومعتقدات معينة تبرر إصداره، ويتم اكتسابه في ظل سياق اجتماعي لا يرفضه؛ إذ إن مترتباته السلبية احتمالية ومؤجلة، في حين أن هادياته (علاماته) الداخلية (النفسية) والخارجية (البيئية) – أي المتغيرات التي تسبق إصداره وترتبط به – مقبولة اجتماعيا كما يتم ترسيخه عبر تاريخ ارتقائي طويل. فالفرد لا يدخن بين ليلة وضحاها، وإنما يمر بمراحل عدة، تقف وراء كل مرحلة منها عدة متغيرات نفسية واجتماعية (منها المعتقدات والاتجاهات على وجه الخصوص) وبيولوجية وبيئية تختلف من فرد لآخر، بل ومن موقف لآخر بالنسبة للفرد الواحد، فتهيئ بعض هذه المتغيرات الفرد غير المدخن (الفتى أو المراهق غالبا) لأن يحاول تدخين سيجارة أولى، ويسهم بعضها الآخر في تكرار هذه المحاولة ويشجع ذلك، كما أن فئة ثالثة من المتغيرات تدفع الفرد للاستمرار في محاولة تدخين السجائر، وبعد أن يتمكن التدخين من الفرد، تظهر رغبته في الامتناع عن التدخين، وتعمل عدة متغيرات على تأجيج هذه الرغبة إلى أن يترجمها الفرد المدخن إلى محاولة فعلية للامتناع عن التدخين، وتسهم مجموعة من المتغيرات – الاجتماعية غالبا- في فشل هذه المحاولة والعودة مرة أخرى للتدخين بعد امتناع عنه لفترة قصيرة في معظم الحالات.

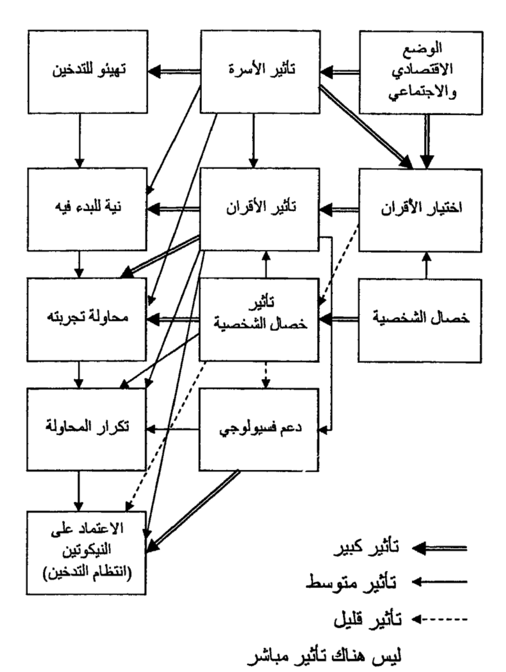
ويوضح شكل (١١) هذه المراحل، كما يوضح شكل (١٢) بعض المتغيرات التي تؤثر فيها.

وعلى الرغم من اختلاف متغيرات كل مرحلة من فرد لآخر، بل من موقف لآخر، فإن البحوث * الكثيرة والمتنوعة التي تناولتها تتفق على وجود ملامح أساسية لكل مرحلة، وترتبط كل منها بعدد من المتغيرات

* عرض باحثون عدة هذه المراحل وما ترتبط بكل منها من متغيرات بيئية واجتماعية ونفسية وبيولوجية من هؤلاء: Biglan & Lichenstein, ١٩٨٤; Hirschman; et al., ١٩٨٤; Leventhal & Cleary, ١٩٨٠.



شكل (١١)
المراحل التي يمر بها الفرد غير المدخن حتى يصبح مدخنًا بانتظام

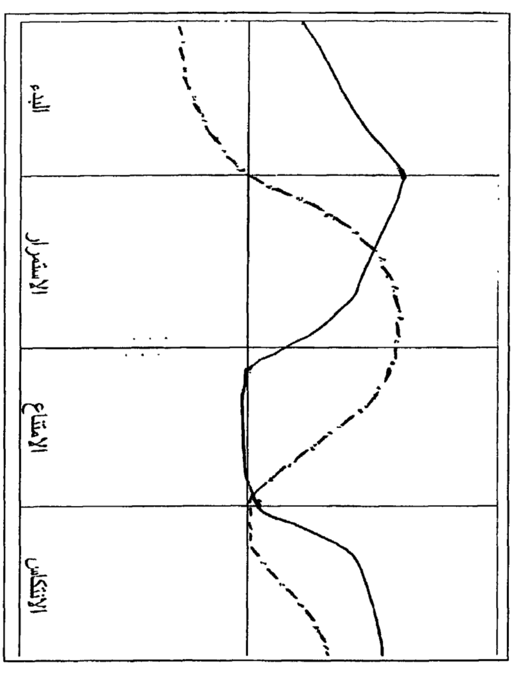


شكل (١٢)

الوزن النسبي لتأثير بعض المتغيرات في تكوين عادة التدخين

البيئية والاجتماعية والنفسية والبيولوجية التي تساعدنا على التنبؤ بمرحلة ما من هذه المراحل قبل بزوغها - وهو ما يوضحه شكل (١٣) - وهو ما يجعلنا نتحدث عن كل منها بقدر معقول من الثبات.

لذا سوف نتناول في هذين الفصلين (الحالي والتالي له) الآليات mechanisms التي تجعل الشخص غير المدخن منتظما في التدخين، انطلاقا من أن نجاح محاولاتنا لمكافحة الانتشار المتزايد لتدخين السجائر متوقف على الوصف الدقيق لهذه المراحل؛ لأنه يساعدنا على تحديد مضمون المعلومات الواجب تقديمها عند محاولة وقف عادة تدخين السجائر، وكذلك تختلف هذه المعلومات، وتختلف – أيضا- طرق تقديمها باختلاف تلك المراحل، وهو ما يتضح لنا في الفصلين الرابع والخامس من هذا الكتاب.



ــــــــ متغيرات اجتماعية
--------- متغيرات بيولوجية

شكل (١٣)
القوة النسبية لبعض المتغيرات المرتبطة بالتدخين

العوامل المشجعة على بدء التدخين

تتفق البحوث (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٧ ;Flay;et al.,١٩٨٣) على أن العمر ما بين ١٦، ١٨ سنة هو السن المحتمل أن يبدأ فيها الفرد تدخين السجائر *، كما يتضح من شكل (١٤).

وللسن التي يبدأ فيها الفرد تدخين السجائر دورها الحاسم في تحديد مدى استمراره في التدخين؛ إذ إنه كلما بكّر المراهق في محاولاته تجريب تدخين السجائر زاد احتمال الاستمرار فيه، بل وزاد احتمال أن ينتقل اعتماده على "نيكوتين" السجائر إلى الاعتماد على مواد أشد تأثيرا في الجهاز العصبي المركزي، فالبحوث (عبد السلام الشيخ، ١٩٨٨ ;Soueif; et al., ١٩٨٠) التي أجريت على متعاطين لتلك المواد تظهر بوضوح أن هؤلاء المتعاطين قد بدأوا تدخين السجائر قبل بلوغهم الرابعة عشرة من العمر، مما يبين خطورة التبكير في بدء التدخين، إذ تؤكد دراسات"بروك" Bcook وزملاؤه (٢٠٠٨) أن بدء التدخين في سن مبكر يزيد احتمالات إدمان المخدرات بالمقارنة بمن يبدأ متأخرًا.

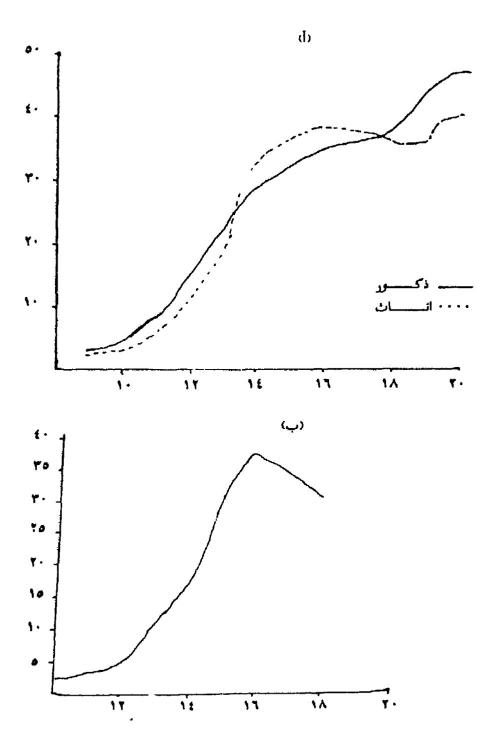
وتكشف البحوث عن عدة عوامل ذات تأثير حاسم في بدء التدخين ؛ إذ تعمل كل منها – سواء بمفردها أو بالتفاعل معا- على تهيئة الفرد وإعداده لهذا البدء، ويستغرق هذا التهيؤ أو الإعداد فترة زمنية طويلة، تبدأ مع بداية إدراك الطفل لما يفعله والده وأقرانه، وما تقدمه وسائل الإعلام، وتنتهي هذه الفترة بمحاولة المراهق تجريب تدخين سيجارة أولى ومن أهم عوامل تهيئة المرهق لبدء التدخين .

- **الاتجاه المحبذ للتدخين :-**

تؤكد البحوث (عبد المنعم شحاتة ، ١٩٨٨ : ١٣٠- ١٣١؛ هند طه ١٩٨٨ ;Mermelstein; et al., ١٩٨٦; Sandford,٢٠٠٨) أن الاتجاه المحبذ للتدخين محدد مهم ودافع قوي لبدء سلوك (عادة) تدخين السجائر؛ إذ

---

* كان هذا قبل عقدين من الزمان أما البحوث التي أجريت مؤخرًا فترجح بدء التدخين فيما بين ١٢ و ١٧ سنة من العمر (انظر: ٨٢ :Muckay& Eriksan, ٢٠٠٢; Kittleson; et al.;٢٠٠٥)؛ وأن السن المنوالي لبدء – الذي يبدأ فيه أغلب المدخنين – التدخين هو ١٤ سنة (مصطفى سويف،٢٠٠٢).



شكل (١٤) العمر عند بدء المراهقين تدخين السجائر
(أ) في عينة أمريكية (ب) في عينة مصرية

ترتفع درجة هذا الاتجاه في ظل وجود محاولات للتدخين الفعلي، بحيث يمكن الاعتماد على تلك الدرجة كمؤشر للتمييز بين المدخنين، بل وللتمييز بين كل من الذين يبدأون مبكرا والذين يبدأون متأخرا، والذين لا يبدأون إطلاقا، ليس فقط تدخين السجائر، وإنما – أيضًا- تعاطي مواد ذات تأثير أشد في الجهاز العصبي المركزي .

اكتسب مفهوم الاتجاه قيمة كبيرة في ميدان البحوث النفسية الاجتماعية، بوصفه وسيلة للتنبؤ بسلوك الأفراد؛ أي تتم الاستعانة به للكشف مسبقا عما يمكن أن يفعلوه في موقف بعينه، لأن الاتجاه إذا لم يحدد السلوك فإنه – على أقل تقدير – يعبر عن خاصية لأنماط سلوكية بعينها يستدل عليها من استجابات الفرد نحو موضوع الاتجاه كما يؤثر بدرجة كبيرة في التفكير الاجتماعي؛ أي الطرق التي يقوّم بها فرد ما الآخرين ويعالج معلومات عنهم (Erwin,٢٠٠١: ١٢) . فالاتجاه حالة داخل الفرد – تطول مدتها أو تقصر – أو ميل نفسي يعبر عنه بواسطة تقويم شيء ما هو موضوع الاتجاه؛ والذي يكون أي شيء قابل للتمييز ويتصوره العقل سواء كان مجردًا أو عيانيا؛أو كان فعل ما منفردًا أو ضرب سلوكي (نمط حياة صحي مثلا) أو كان كائنا حيا فردا (نجم رياضي مثلا) أو جماعة (منتخب لعبة ما)، أي أن الاتجاه وسيلة لفهم الظواهر النفسية الاجتماعية .

وقد تعددت تعريفات الاتجاه حتى أنها تحصى بالعشرات ؛ الأمر الذي استدعى تصنيفها لا عرضها، وأحدث محاولات التصنيف هذه ما قدمه "اروين" (Erwin , ٢٠٠١:٧) إذ تندرج تعريفات الاتجاه ضمن إحدى فئتين :

الأولى : تعريفات تتعامل مع الاتجاه بوصفه غير بعدي مركزة عليه كاستجابة انفعالية مثل تعريف كل من "ثرستون" (في ثلاثينيات القرن العشرين) "فيشباين" (في عام ١٩٧٤) .

والثانية : التي تتعامل معه بوصفه متعدد المكونات: الوجدان – والمعرفة – والسلوك؛ لكل منها إسهامها (المتساوي تقريبا) في ترسيخ الاتجاه، ويمثلها تعريف "ألبورت" ١٩٣٥ .

والقاسم المشترك بين الفئتين هو الاعتراف بدرجة - تزيد أو تنقص – بأهمية الوجدان؛ تليه المعرفة؛ثم ضروب السلوك وفق عدد من النظريات الحديثة في المجال .

ويتعامل معظم الباحثين المحدثين مع الاتجاه كنسق دينامي له مكونات ثلاثة تتبادل التأثير فيما بينها ، هي :

١- المعرفة أي معتقدات Beleifs الفرد عن موضوع ما، وأحكامه المستندة إلى وقائع أو شبة وقائع عنه، وتقاس بجمل تقريرية يحدد الفرد مدى صحتها.

٢- التقويم الوجداني Evaluaton أي مشاعر التفضيل والتقبل نحو موضوع الاتجاه أو الاستهجان والرفض، ويشمل المكون الوجداني للاتجاه رغبات الفرد ودوافعه التي تعد أساس التقويم الانفعالي لموضوع الاتجاه، ويعطي هذا المكون درجة من الاستمرارية للاتجاه وحث الفرد لإصدار سلوك معين، ويقاس هذا المكون بمؤشرات فسيولوجية (مثل معدل نبض القلب) أو بتقرير ذاتي يكشف فيه الفرد عن مشاعره .

٣- السلوك، سواء كان أفعالا Actons أو نيات (مقاصد) Intnions وتكشف البحوث* عن ارتباط مرتفع متبادل بين هذه المكونات يدل على وجود اتساق بينها، وهذا الاتساق متوقع ؛ لأنها تعبر عن خبرة فرد واحد يسعى – في العادة- للمحافظة علي هذا الاتساق.

ولأن خلطا قد ينشأ نتيجة استخدام مصطلح واحد (الاتجاه) للإشارة إلى ثلاث فئات من الاستجابات تنفصل كل منها عن الأخرى، فأن بعض الباحثين (مثل: Fazio & Zanna ١٩٨١; Fishpein & Agzen, ١٩٧٥) يشيرون بمصطلح الاتجاه إلى "التقويم الوجداني" فقط ، ذلك حيث أن مصطلح "المعتقد" يشير للمكون المعرفي للاتجاه، والمعتقدات هي أية معلومات تم تلقيها من خلال الملاحظة المباشرة أو من مصادر خارجية أو بواسطة عمليات الاستدلال وهي بهذا المعنى تعد أحكاما باحتمال تمتع الشيء (سواء كان حيا أو جمادا محسوسا أو معنويا) بخصائص معينة، ولأنها احتمالية فهي تختلف في درجة التأكيد، وإذا اعتبرنا الاتجاه جملا تقويمية يصدرها الفرد، فأن المعتقدات جمل تقريرية تصف الشيء بأنه حقيقي أو زائف ، جيد أو رديء **.

---

* اكد باحثون محدثون هذا الاتساق ، وعلى راسهم Berkler, ١٩٨٤; Deaux & Wrighcsman, ١٩٨٨ : ٣٣٦; Fishbein & Agzen, ١٩٧٥ : ٣٣٥- ٣٣٦

** يختلط مصطلح ثالث بمصطلحي : الاتجاه – المعتقد ، وهو "الراي" opinion ونشير به إلى تفسير الفرد لظاهرة ما وتوقعاته لمقاصد الآخرين أو أحداث المستقبل أو مكافأة(أو عقاب) سلوك أصدره. وكل من

والعلاقة بين المعتقد والاتجاه واضحة، فغالبا ما يتضمن الاتجاه* معتقدات تمثل مكونه المعرفي، بينما لا يكون المعتقد اتجاها إلا إذا ارتبطت به دلالات انفعالية وتقويمية ودافعية معينة، وإذا ما استحثوا معا (أي المعتقد وهذه الدلالات) الفرد لإصدار استجابة معينة نحو أو ضد موضوع الاتجاه .

ولا يستطيع أحد أن ينكر التأثير المتبادل بين مكونات الاتجاه، فمعتقداتنا (أي ما نعرفه من معلومات) عن موضوع ما، تتأثر بانفعالاتنا ومشاعرنا نحوه، وبنياتنا للتصرف ونحن بازائه، كما أن هذه المعتقدات تدعم – أو على الأقل تتسق مع – انفعالاتنا نحو ذاك الموضوع، ونتيجة لهذا الاتساق نتحمس لإصدار سلوك بعينه ونحن بازائه، بمعني آخر، فأن الذي يكره (وجدان) موضوعا كتدخين السجائر، يكون معتقدات (معرفة) سلبية عنه تجعل الفرد يميل لرفض (نية) التدخين إذا ما دعى إليه .

بهذا التصور يمكن تعريف مفهوم الاتجاه بشكل يضمنه المكونات الثلاثة:- المعرفة –الوجدان- نية السلوك "فالاتجاه درجة من التفضيل –

الرأي والاتجاه تكوين فرضي يميز بينهما تمتع الاتجاه بخصائص دافعية توجهه سلوكيا (إقدام/ إحجام) يخلو منها الرأي .

والرأي توقع لا يتم التعبير عنه إلا لفظيا في حين يمكن التعبير اللفظي وغير اللفظي – وبشكل غير مدرك أحيانا – عن الاتجاه . ويرى بعض الباحثين أن الرأي هو التعبير اللفظي الصريح عن الاتجاه ، ويعد – ومن وجهة نظر "ايزنك" العاملية – أكثر بساطة وخصوصية من الاتجاه الذي يعتبره مجموعة من الآراء المترابطة المتسمة بقدر من الاستقرار .

وقد نلحظ تشابها بين علاقة الرأي بالاتجاه وفقا لتصور "إيزنك" وعلاقة المعتقد بالاتجاه وفقا لتصور "فيشباين" و"أجزن" فكل منهما يتعامل مع الرأي أو المعتقد كخطوة تسبق الاتجاه .

ويمكننا تصور العلاقة بين المصطلحات الثلاثة علي أساس ان المعتقد حكم يصدره الفرد عن شيء ما والرأي هو التعبير اللفظي فقط عن هذا الحكم ، والاتجاه هو تعبير لفظي أو غير لفظي أو بهما معا عن هذا الحكم مصحوب بسلوك (أو نية سلوك) نحو أو ضد ذاك الشيء فقد يكون المراهق – استنادا إلى معلوماته عن تدخين السجائر حكما أن التدخين يضر بصحة المدخن؛ هنا يتكون لديه اعتقاد بأن التدخين ضار صحيا، فإذا عبر عن اعتقاده (حكمه)هذا تعبيرا لفظيا فقط (أرى أن التدخين ضار بالصحة) أي رأي ، فإذا أبدى ضيقا من صديق – أو أحد جالسيه – يدخن لأنه يدخن فهذا (اتجاه)، فإذا رفض صحبة مدخن أو رفض عرض صديقه لمشاركته التدخين فهذا سلوك حدده الاتجاه الذي تبناه. انظر : ٣٣٦: Eysenck, ١٩٥٤: Fishpein & Agzan, ١٩٧٥

* قدم ابن باجه – (توفى ١١٣٨) - (١٩٨٣ : ١٣٨) إرهاصا لهذه الفكرة بقوله "المحبة ومنها يكون الطلب والكراهية وبها يكون الهرب" ، ويرى الغزالي (توفى سنة ١١١) أنه لا محبة إلا بعد معرفة وإدراك إذ لا يحب الإنسان من لا يعرفه (الأهواني، ١٩٩١: ٢١ – ٢٣) ، ويجمل ابن سينا (١٩٤٨ : ٤٤٦) ما سبق قائلا: أن المعلومات تحدث في النفس انفعالا يترتب عليه عزم أو نية يدفع لاستجابة سلوكية تصبح عادة بالتكرار.

أو الاستهجان – لموضوع ما، تكونت بفضل عوامل سابقة، منها تراكم معتقدات ومعارف وما ترتب عليها (أو ارتبط بها) من مكافأة وعقاب، وتحث هذه الدرجة الفرد علي إصدار سلوك معين نحو أو ضد موضوع الاتجاه" .

ويترجم هذه التعريف العملية التي يتكون من خلالها اتجاه ما، فيعتبر استجابة تسبقه – مثل أية استجابة نفسية- متغيرات معينة تؤدي إليه Antecedents كمتغيرات موقف التخاطب وخصال المتبني له وقيمه، وتلحقه مترتبات consequences معينة ناتجة عنه (كنية أداء فعل بعينه) بمعنى آخر، يعد الاتجاه حكما يصدره الفرد على موضوع ما (بتقبله أو رفضه)، ولهذا الحكم حيثياته التي هي معلومات(أي معتقدات) عن هذا الموضوع حصل عليها الفرد من خلال تنمية أفكار وتصورات وأخيلة عن خصائص Attributes ذاك الموضوع، وعن مترتبات هذه الأفكار والتصورات، ويكون بعضها الآخر مستمدا من الذاكرة طويلة المدى، ولمتغيرات الشخصية الأخرى دورها المعدل في تلقي الفرد لتلك المعلومات وفي الاستجابة لها أي تكوين معتقدات استنادا إليها.

وترتبط كل من الأفكار والتصورات وما ترتب عليها من معتقدات بكل من:

١- توقعات يكونها الفرد من خلال عمليات معرفية مثل التعلم بالملاحظة Observational والاستدلال والعزو (الاسناد) السببي Casual Attribution .

٢- استجابات تقويمية ينميها الفرد – متأثرا بقيمه العامة – من خلال عمليات التعلم الشرطي الكلاسيكي والتعلم الشرطي الأدائي Operent والتعلم المعرفي *.

ويؤدي تكامل التوقعات مع الاستجابات التقويمية إلى نمو استجابات انفعالية (أي الاتجاه) بواسطة عمليات الاتساق المعرفي والتبرير، ترتبط

---

* قدم "جورج غازدا وريموند كورسيني" (ترجمة علي حسين حجاج) وصفا لهذه النظريات وغيرها في كتابهما : نظريات التعلم (دراسة مقارنة) والذي نشرته سلسلة عالم المعرفة في جزءين الأول منهما نشر في أكتوبر ١٩٨٣ والثاني في ديسمبر ١٩٨٦ .

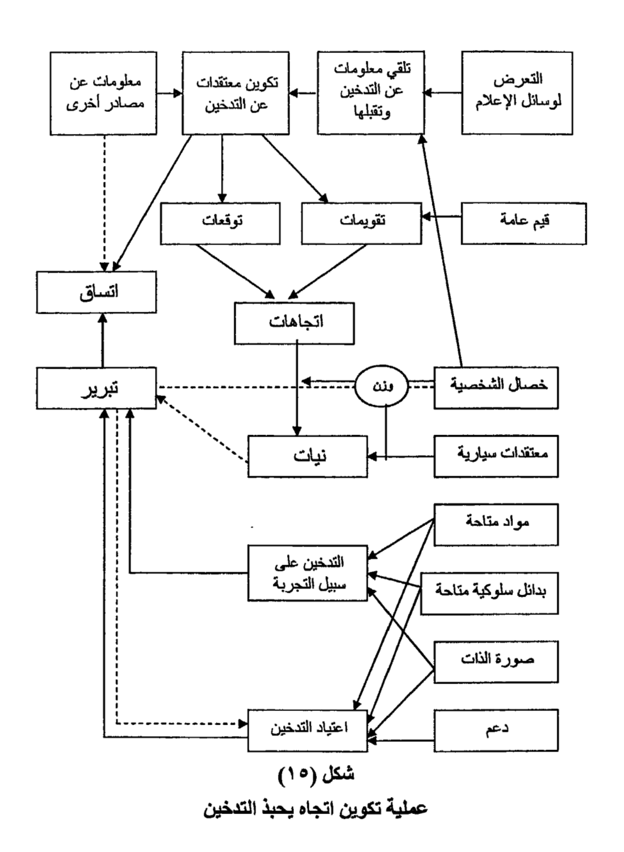
– من خلال عمليات التعلم – بموضوع الاتجاه، وبالأفكار والتصورات التي سبق تكوينها عنه (Bagozzi, ١٩٨٨) .

وهكذا يقوم الفرد بمعالجة معلومات (تلقاها عبر وسائل التخاطب أو غيرها) عن موضوع ما بهدف تقويمها ،مما يؤدي إلى تبني اتجاه جديد نحو ذاك الموضوع؛ وهذا الاتجاه يوجه- وبالتفاعل مع متغيرات اجتماعية وموقفية أخرى – ضروب سلوكه إزاء ذاك الموضوع، أما بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر أي من خلال نية (قصد) أداء هذا السلوك؛ والتي تعد محددا كافيا لأدائه، وبمعنى آخر، فأن اتجاه الفرد نحو موضوع ما، إن لم يحدد سلوكه إزاء هذا الموضوع، فهو على الأقل يحدد نيته لأداء ذاك السلوك، وهذه النية- بدورها- محدد مباشر لذاك السلوك، وعلى سبيل المثال، تكشف البحوث (Fishbein, ١٩٨٢) أن تدخين السجائر سلوك إرادي، تسبقه نية المراهق لبدئه؛ إذ أن ارتباطا إيجابيا مرتفعا جدا (بلغ ٠,٨٤) وجد بين تدخين السجائر ونية البدء فيه، وهذه النية – بدورها – نتيجة مباشرة للاتجاه المحبذ للتدخين الذي تحدده مجموعة من المعتقدات والمعارف والتقويمات، الانفعالية لمترتبات التدخين، ولنظرة الآخرين إليه، وتؤدي هذه المعتقدات والتقويمات، وبالتفاعل مع خصال الشخصية والمعايير الأخلاقية إلى تكوين – بواسطة عمليات التعلم الشرطي – استجابات إقدام / إحجام تدفع الفرد لبدء التدخين (توضح هذه العملية شكل ١٥) .

وتتكون هذه المجموعة من المعتقدات والتقويمات الانفعالية نتيجة التعرض لخبرة تدخين السجائر، وهذا التعرض الذي يتم بشكل غير مباشر (أي مشاهدة آخرين يدخنون) من خلال عدة أقنية تتكامل فيمل بينها في تهيئة المراهق لمحاولة تجريب تدخين سيجارة أولى ، فثانية ، الخ ، وأهم هذه القنوات :-

أولا:- وسائل الإعلام :-

تعرف شركات السجائر أهمية الدعاية وتستخدم وسائل الإعلام بكفاءة في ذلك، لأن هذه الشركات بحاجة دائمًا لمدخنين جدد، وتقَدر جمعية السرطان الأمريكية أن الشركات تحتاج إلى مليون مدخن جديد سنويًا عوضًا عن المدخنين القدامى الذين ماتوا بسبب أمراض ناتجة عن



شكل (١٥)

عملية تكوين اتجاه يحبذ التدخين

التدخين – حتى تحافظ على مكاسبها، لذا توجه دعاياتها إلى الصغار (دون الرابعة عشر من العمر) لأنهم أكثر فائدة لها فأمامهم عمر يدخنون، ومن يبدأ مبكرًا يصبح مدخن شره أي يستهلك أكثر (وتكسب شركات السجائر أكثر) ويكون أكثر ولاءً للماركة التي بدأ بها التدخين (Kittleson; et al., ٢٠٠٥: ٣١).

ترسم أجهزة الإعلام، وخصوصا السينما، صورة إيجابية عن التدخين والمدخنين إذ تربطه بالمتعة والإثارة والقوة والنضج وحب المغامرة، وتقرنه الإعلانات المصورة بسباقات مشوقة كسابقات السيارات والدراجات والخيول وتسلق الجبال ...الخ، ويسهم العرض المتكرر والمبهر لهذه العلاقة، وبشكل مباشر، في تكوين ضغط اجتماعي يبرز التدخين كعلامة للنضج والاستقلال من خلال رسم صورة إيجابية للمدخن، يتم فيها تضخيم الصفات المرغوبة بشكل يصل إلى درجة الاقتداء به ويرسخ الاتجاهات المحبذة للتدخين في ذهن المراهقين *، إذ تقدم الدراما البطل والسيجارة في يده يستعين بها لمواجهة المواقف الصعبة ويستعيد بها كفاءته وقدراته التي اهتزت في هذه المواقف .

ولا يقتصر تأثير وسائل الإعلام عند هذا الحد؛ بل تعد عامل حث على التدخين، ومنبئ جيد ليس فحسب بنية التدخين، وإنما أيضا بعدد السجائر المحتمل أن يدخنها الفرد ففي دراسة أجريت بمشاركة ٤٢١ مراهقا في ١٥مدرسة ثانوية بلجيكية؛ تمت المقارنة في عدد السجائر المدخنة بين الذين شاهدوا منهم التليفزيون مدة أطول (خمس ساعات أو أكثر يوميا)، والذين شاهدوا مدة أقصر (ساعة أو أقل يوميا)، فتبين أن الذين شاهدوا أطول دخنوا أكثر (ما بين ٦٠ و١٤٧سيجارة أسبوعيا) عمن شاهدوا أقل مما يعني اقترانا خطيا طرديا بين مشاهدة التليفزيون وحجم التدخين. وبغض النظر عن مصدر هذا الاقتران، إما أن المحتوى الذي يبثه التليفزيون يجعل التدخين أكثر جاذبية مما هو فعلا Glamorize أو أن الأطفال تعلموا ربط المشاهدة بالتدخين أو أن التدخين الشره يؤدي إلى المشاهدة المكثفة (Gustchoven & Van De Bulck, ٢٠٠٤) فإن وسائل الإعلام تقوم بدور خطير في تعريض المراهقين لخبرة تدخين السجائر،

* بل ويقدم تلميحًا غير مباشر لعدم الالتزام بحظر التدخين في أماكن حددها القانون إذ تشير الإحصاءات الأمريكية أن ٧٥% من الأفلام بها مشاهد تدخين في أماكن محظور فيها التدخين قانونا وأن ٤٥% منها تقدمه بصورة جذابة.

بل ولخبرة تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب كالمخدرات الطبيعية والمصنعة، وتصل خطورة هذا الدور في معظم الحالات إلى التفوق على الدور الذي يقوم به الأصدقاء (مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ :٣٧).

ثانيًا: تدخين الأب :-

يقلد الطفل والده في معظم الأحيان، وينظر إليه على أنه مثال يحتذي وقدرة جديرة بالاقتداء، من هنا تأتي خطورة تدخين الأب *، وجوانب هذه الخطورة متعددة، فقد يؤثر تدخين الأب، تأثيرا مباشرا من خلال كونه تدعيما إيجابيا واجتماعيا للمدخنين عموما، فيرسخ الأب المدخن في ذهن أطفاله صورة إيجابية عن المدخنين، كما يقدم أمامهم نموذجا أدائيا لكيفية التدخين، فيسهل عليهم، خصوصا أنه بتدخينه هذا يجعل السجائر في متناول أيديهم، فهي متوفرة دائما في المنزل، ومتاحة لهم، هذا بالإضافة إلى أن تدخين الأب يؤثر في درجة تكيف أبنائه حسيا مع الخصائص الكيميائية للسيجارة بحيث لا تؤذيهم كثيرا محاولاتهم تجريب التدخين الميسر لهم.

كما يؤثر تدخين الأب تأثيرا غير مباشر؛ إذ يسهم في تكوين اتجاهاتهم المحبذة للتدخين التي تحثهم على محاولة تجريبه، كما يجعل اختيار أصدقاء من المدخنين مقبولا، ويشجعهم هؤلاء الأصدقاء على محاولة تجريب التدخين، كما يجعل أطفاله يتوقعون تأنيبا أقل منه إذا اكتشفت محاولاتهم هذه ، وهذا التوقع عامل مهم لبدء التدخين، إذ يكشف التحليل العاملي لاستجابات ٥٢٠٠ تلميذ (أمريكي)على استخبار تناول الظروف والمشاعر المصاحبة لبدء التدخين، تبين منه أن الاتجاهات والمشاعر نحو السلطة الأبوية عامل مهم لبدء التدخين، إذ يظهر المدخنون تحررا من سلطة آبائهم وإنهم قادرون على فعل ما يشاءون، بعكس غير المدخنين (Green, ١٩٧٧) ، يدعم ذلك ما كشفت عنه عدة دراسات أجريت خلال العقد الأخير للقرن العشرين (واستعرضها: حاسم الجزار،٢٠٠٤: ٧٣-٧٧؛ Sandford,٢٠٠٨) إذ تبين أن تدخين الأب محدد مهم لتدخين

* من الباحثين الذين تناولوا تأثير تدخين الأب في بدء أطفاله التدخين Biglan & Lichtenstein, ١٩٨٤ ; Eiser & Cander Pligh. ١٩٨٤; Hirschman; et al, ١٩٨٤ ; Kandel; et al., ١٩٧٨.

المراهقين، وأن المراهقين المدخنين أقل ميلا لإدراك والديهم كمعترضين على تدخينهم ، فالرفض الأبوي للتدخين يرتبط سلبيا وبشكل جوهري بتدخين المراهقين .

ثالثا : تدخين الأقران :-

تبين لنا أن وسائل الإعلام ترسخ الاتجاهات المحبذة للتدخين في ذهن الأطفال وإن تدخين الأب يدعم هذه الاتجاهات، مقدما نموذجا يقتدي به في ذلك، وكل هذا يهيئ الطفل لمحاولة تدخين السجائر، فإذا بلغ الطفل سن المراهقة، انتقل مصدر التأثير الاجتماعي (تقليد واقتداء) من الأب إلى الأقران، مع أن للآباء تأثيرا غير مباشر في ذلك، إذ إنه يؤثر في اختيار ابنه لأقرانه، فكون الأب مدخنا يجعل من المحتمل أن يختار ولده أصدقاء مدخنين، وقد أشار ٨٧% من المراهقين الأمريكيين الذين بدأوا التدخين أن واحدا على الأقل من أخلص أصدقائهم يدخنون، فغالبا ما يصطحب المدخن مدخنين، وغالبا – أيضا- ما يصاحب غير المدخن غير المدخنين، وقد يرجع هذا إلى سعي المراهق الراغب في التدخين إلى تعلم المزيد عن سلوك التدخين وإلى دعم هذا السلوك، لذا يفضلون البيئات الاجتماعية التي تيسر ذلك، فالمراهق بصحبته أقران يدخنون، تتكرر إثابته إذا فعل مثلهم، ويتكرر عقابه (توبيخه ونقده) إذا لم يفعل أو إذا فشلت محاولته لتقليدهم، لذلك تؤكد البحوث (Biglan & Lichtenstein, ١٩٨٤; Biglan; et al., ١٩٨٤; Leader, ١٩٧٧) أن اصطحاب المراهق لأقران مدخنين أفضل وسيلة للتنبؤ بكون هذا الفرد سيصبح مدخنا أم لا؛ حيث تؤكد دراسة مصرية أن تدخين الأصدقاء محدد رئيس لتدخين المراهقين (عبد المنعم شحاتة، ١٩٨٩) وتدعم نتائج عدة دراسات ذلك، ففي دراسة بمشاركة ٩٩٧ مراهقا نيوزلنديا - على سبيل المثال – تتراوح أعمارهم بين ١٥و١٨ سنة جاء تدخين الأصدقاء ثم المعارف علي رأس محددات بدء التدخين (Stanton; et al., ١٩٩٦).

ويؤثر الأقران في بدء تدخين الفرد عبر ثلاثة مسارات :-

١- مباشر بأن يكون أحد الأفراد نموذجا للآخر يمده بالدعم الاجتماعي وبالسجائر ويعلمه كيف يستشعر المتعة عند تدخينها .

٢- غير مباشر بالتأثير في قيم الفرد واتجاهاته وتفضيلاته والتي تحدد بدورها سلوكه.

٣- تشريطي. بأن تصبح صحبة صديق مدخن مؤشرا للإقدام على التدخين وعلامة له (kandel; et al., ١٩٧٨) .

وهكذا يكون للأقران هنا تأثير مباشر؛ لأنه من النادر أن يجرب المراهق تدخين سيجارته الأولى في وجود راشدين، وإنما في وجود أقران كما ذكر ٨٤% من المراهقين الأمريكيين، ذكر ٧٠% منهم أنهم حصلوا على سيجارتهم الأولى هذه من أحد هؤلاء الأقران الذين هم على صلة حميمة بهم .

وهكذا يقدم الأب ووسائل الإعلام نموذجا للمدخن يقتدي به المراهق، وييسر الأقران محاولات تجريب تدخين السيجارة الأولى التي تعد خطوة مهمة وحاسمة في بدء التدخين؛ إذ تكشف البحوث الأمريكية : (Flay; et al., ١٩٨٣: leventhal; et al., ١٩٨٥) أن ٨٠- ٩٠ % من المراهقين يجربون تدخين سيجارة أولى، يحاول نصفهم تدخين سيجارة ثانية في مدة تتراوح ما بين يوم وعام *، وتأتي هذه المحاولة الثانية خلال نفس أسبوع المحاولة الأولى لدى ٤٣% منهم، بل وفي نفس اليوم لدى أغلبهم و٧٧% ممن يحاولون مرة ثانية يحاولون مرة ثالثة، وأكثر من ٨٠% ممن يحاولون مرة ثالثة يحاولون مرة رابعة، يصبح ٩٠% منهم على الأقل منتظمين في التدخين أي يستمر تدخينهم وبشكل قهري في معظم الأحيان.

وتبين البحوث المصرية ** أن بعض المواقف الاجتماعية تيسر تدخين السيجارة الأولى، فالمناسبات السعيدة (مثل الأفراح والنجاح في الدراسة) تأتي في مقدمة الظروف المشجعة على تدخين أول سيجارة في

---

* أقر ٢٦% من المدخنين البريطانيين أنهم دخنوا السيجارة الثانية بعد خمس دقائق فقط من تدخين السيجارة الأولى ، وأقر ٤٧% آخرين أن تدخينها كان بعد نصف ساعة ، وذكر ٨% أنهم لم يكملوا اليوم دون تدخين السيجارة الثانية WWW.SAH.ORG.UK أي أن أكثر من ٧٠% ممن دخنوا أعادو الكرة للمرة الثانية في اليوم نفسه.

** وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة أجراها عبد السلام الشيخ (١٩٨٨) على عينة من المتعاطين المصريين للمواد المؤثرة في الأعصاب والتي تبين أن الأفراح تمثل شروطا ذات قدرة مرتفعة على تيسير تعاطي تلك المواد ، يليها جلسات الأصدقاء في مقهى أو أماكن اللهو المماثلة (انظر : عبد السلام الشيخ ١٩٨٨ ؛ عبد المنعم شحاتة ١٩٨٩).

رأي ٩٨% من المراهقين المصريين، ثم السهر مع الأصدقاء إما في مقهى أو في منزل أحدهم بمعزل عن الأهل في رأي ٩٣,٣% من هؤلاء المراهقين، فالاقتداء بشخصيات عامة مشهورة في رأي ٧٢,١% منهم، يلي ذلك ، الظهور بمظهر الرجال في رأي ٣٣,٢٦% وأخيرا التباهي أمام الفتيات في رأي ٢٧,٩% من المراهقين .

وتدخين السيجارة الأولى خبرة شديدة الألم، فعندما يشعل المراهق سيجارته ويأخذ نفثا بفمه يمر خلال البلعوم والحنجرة والقصبة الهوائية والشعب الهوائية إلى الرئتين ثم يعود من نفس الطريق خارجا من أنفه ، فيحيط الدخان بوجهه ورأسه حيث تمتص النيكوتين وبسرعة أغشية تلك الأعضاء، ويستقر القطران بين الأسنان وفي أغشية الأنف المخاطية، ويتم تنبيه خلايا الشم والتذوق ومستقبلات الألم في كل من الحنجرة والبلعوم والقصبة الهوائية والشعب الهوائية، ويتحد النيكوتين تدريجيا مع أنسجة الرئتين محدثا شللا في أهدابها، وكذلك أول أكسيد الكربون، ويحدثان زيادة في الإفراز المخاطي داخل تجويفها مما يحدث سعالا شديدا ، فتدمع العيون، وتزيد الغدد العرقية من إفرازها (Dreisback, ١٩٨٠)؛ كل هذا تأثير مؤلم؛ لكن دعم الأقران وتبريرهم للموقف (هذا يحدث في البداية فقط، ستتعود عليه فيما بعد) (التدخين لا يضر إلا كبار السن فقط) (ويمكن الامتناع عن التدخين أي وقت تشاء) لا تبلع الدخان ... الخ، أو تبرير الفرد نفسه للموقف، يجعل هذه الآثار مقبولة ويهون من شدتها مما يسهم في تكرار المحاولة مرات ومرات.

والتبرير عملية أساسية لبدء التدخين، فكل المراهقين يعرفون أن التدخين ضار بالصحة، وأن مترتباته سيئة، لكنهم يزعمون أن له مزايا عدة فيعانون من حالة تنافر معرفي بين عناصر نسقهم المعرفي، يعملون علي خفض هذا التنافر بواسطة التبرير الذي يعد أحد العوامل المهمة التي كشف عنها التحليل العاملي لاستجابات ٥٢٠٠ تلميذ أمريكي علي ٨٣ بندا تتناول الظروف والمشاعر المصاحبة لبدء التدخين (Green, ١٩٧٧).

وتؤثر خصال شخصية المراهق في مدى تبريره للموقف، نتيجة تأثيرها في تقديره لمدى التنافر بين عناصر نسقه المعرفي، كما تؤثر استجابته للمؤشرات الاجتماعية السابق الإشارة إليها سواء كانت هذه المؤشرات من الآباء أو الأقران أو وسائل الإعلام.

وقد أجريت في دول العالم المتقدم (وخصوصا الولايات المتحدة) مئات البحوث* التي تتناول خصال شخصية المراهقين المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين، وقد وجدت جميعها ارتباطا سلبيا مرتفعا بينه وبين القلق والعصابية والانبساط، يدعم ذلك نتائج عدة بحوث (استعرضها: حاسم الجزار: ٢٠٠٤ :٩٤- ٩٩) حيث درجات المدخنين أعلى على مقاييس العصابية والذهانية والانبساط والتوتر والتحرر من التقاليد والتمرد والبحث عن الخبرة الحسية والاعتمادية، وذلك بالمقارنة بغير المدخنين، وأن درجات المدخنين أقل من غير المدخنين على مقاييس السعادة ومستوى الطموح والثقة بالنفس والتدين وتوكيد الذات .

ولأن هذه البحوث تكتفي بالتمييز – فقط – بين أداء كل من المدخنين وغير المدخنين على استخبارات الشخصية، ولأن البيانات التي تقدمها تكون ذات طبيعة استرجاعية غالبا، فقد تم تتبع مجموعتين من المراهقين لمدة عامين تم اختيارها من بين ٢١٢ طالبا بإحدى المدارس الثانوية، وتمثل المجموعة الأولى ٤٠ طالبا من منخفضي القدرة على التحصيل الدراسي الأكثر إحساسا بالدونية (تقديرا أقل للذات) والأكثر تحبيذا – من حيث الموقف الاتجاهي- للتدخين، أما المجموعة الثانية، فتتكون من ٣٧ طالبا مماثلا لهم لكنهم من مرتفعي القدرة على التحصيل الدراسي والأقل إحساسا بالدونية (تقدير أعلى للذات) والأقل تحبيذا للتدخين.

وبالمقارنة بين المجموعتين على مدى سنتين تبين أن مبحوثي المجموعة الأولى أكثر تعرضًا لخبرة التدخين بالمقارنة بمبحوثي المجموعة الثانية، سواء كانت هذه الخبرة ناتجة عن اصطحاب مدخنين (٤٥,٥% في مقابل ١٠,٨%) أو ناتجة عن محاولة تجريب التدخين، فـ ٦٧,٥% من مبحوثي المجموعة الأولى حاولوا تدخين سيجارة أولى، حاول ٧٧,٨% منهم تدخين سيجارة ثانية،وحاول ٥١,٨٥%منهم تدخين سيجارة ثالثة،وانتظم ٣٣,٣% منهم في التدخين، بينما كانت النسب المقابلة بين مبحوثي المجموعة الثانية هي: ٢٩,٧٣%، ٤٥,٥%، ٢٧,٣% ، ١٨,٢% على التوالي (عبد المنعم شحاتة ، ١٩٨٩).

---

* انظر: البحوث التي عرضها، Flay, ١٩٨٥ وقد أجريت بحوث مماثلة على عينات مصرية ، وتوصلت إلى نفس النتائج من هذه البحوث (زكريا توفيق أحمد ١٩٨٨، هند طه ، ١٩٨٤)

ويصعب تفسير علاقة خصال الشخصية ببدء التدخين، كما يصعب الحديث عن أيهما يسبق الآخر، فهل خصال معينة يتسم بها المراهق تحدد كونه سيصبح مدخنا أم غير مدخن؟ أم هل بدء المراهق التدخين يزيد من درجاته على مقاييس تلك الخصال؟ إنها أشبة بحالة البيضة والدجاجة .

نقطة أخرى جديرة بالاهتمام، وهي أن بدء التدخين يكون في العادة أثناء مرحلة المراهقة ومصاحبا لفترة البلوغ حيث تغييرات أساسية في إفرازات الغدد الصماء* وهذا التزامن يثير العديد من التساؤلات، خصوصا في ضوء التفسير الذي قدمه "أيزنك" لتدخين كل من الانبساطيين والانطوائيين السجائر، إذ يعتبر التدخين وسيلة الفرد لتنظيم مستوي الإثارة في القشرة المخية والمحافظة علي مستواها الأمثل، أي أن التدخين نتيجة للحالة الانفعالية (التي ترتبط بشدة بمستوى الإثارة اللحائية) التي يعايشها الفرد، والانبساطي – في رأي "أيزنك" – يتميز بانخفاض هذا المستوى لديه إلى حده الأمثل الذي يتيح له مواصلة نشاطه (Eysenck, ١٩٧٣) .

وهكذا ربط "أيزنك" تدخين السجائر بخصائص فسيولوجية للجهاز العصبي المركزي يعتبرها محددا لدرجة انبساطية الفرد أو انطوائيته. وللهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء دورها في تحديد تلك الخصائص مما يثير التساؤل حول التزامن بين بدء التدخين وبلوغ فترة المراهقة والنضج الجسمي بعد ذلك وهو تساؤل جدير بالدراسة والفحص .

تفسير آخر لبدء التدخين تقدمه نظرية التعلم الاجتماعي ، إذ يرى "باندورا" أن الشخص منخفض فعالية الذات يميل لبدء التدخين لأن لديه توقعات سلبية عن كفاءته ، إذ لديه استعداد مسبق بأنه غير فعال ويستسلم سريعًا لمشاعر عدم الضبط وتكون عملياته المعرفية في اتجاه تقبل الإيحاء والميل إلى تعميم خبرات الفشل في المواقف الاجتماعية وخصوصًا التي

* تثبت بحوث "أيزنك" أن عوامل حيوية هي المحددة لبعد الانبساط – الانطواء وبالتالي يمكن أن يكون لها دور في التدخين ، كما تشير بحوث أخرى إلى أن تدخين سيجارتين يزيد مستوى البلازما في هرموني النمو وال ACTH كذلك هناك آثار عديدة للتدخين على ضغط الدم ومعدل النبض ، وعديد من العمليات الحيوية ، وكل هذا يدعم وجود علاقة بين عوامل حيوية معينة وبدء التدخين إلا أن هذه العلاقة لم تتضح بعد (Garvik , ١٩٧٧)

تتعرض فيها الذات لاختبارات جوهرية ، هنا يكون تدخين السجائر هو الملجأ للهروب من هذه الاختبارات (حاسم الجزار، ٢٠٠٤ : ٥٩) .

تفسير ثالث تقدمه نظرية التحليل النفسي التي ترجع تدخين السجائر إلى اضطرابات في المرحلة الفمية (أولى مراحل التطور النفسي عند "فرويد") أدت إلى فشل إشباع حاجات عاطفية، نتج عنه خبرات لاشعورية تم الاحتفاظ بها في اللاشعور والعقل الباطن، وتعبر عن نفسها في الوقت المناسب في صورة تدخين السجائر (المرجع نفسه : ٦٣).

الخلاصة

لمصادر التأثير الاجتماعي دورها الأساسي في تهيئة الفرد وإعداده لبدء التدخين؛ إذ يقتدي المراهق بوالده المدخن أو بنماذج المدخنين التي تقدمها وسائل الإعلام، الذين يرسخون في ذهنه الاتجاهات المحببة للتدخين، وتؤدي هذه الاتجاهات إلى نية تجريب التدخين، وييسر الأصدقاء محاولة هذا التجريب كما يسهمون في تكرارها، خصوصا وإن تدخين السيجارة الأولى يتم في صحبة من الأصدقاء، وفي ظل سياق اجتماعي لا يحظر التدخين بل يحبذه ؛ إذ من الشائع – في المجتمع المصري – أن تقدم السجائر إلى المدعوين للاحتفال بالمناسبات السعيدة، كما يعد تدخين هذه السجائر مجاملة لأصحاب المناسبة .

وهكذا تشجع الظروف الاجتماعية على تجريب تدخين السجائر، ويؤدي تكرار محاولاته إلى الاعتماد النفسي والفسيولوجي على مركبات السيجارة الكيميائية، وعلى الرغم من قلة البيانات المتاحة لنا عن المدة التي يستغرقها المراهق حتى تتحول محاولاته لتجريب التدخين إلى تدخين منتظم، إلا أن اصطحاب مدخنين ووجود مدخنين بين أفراد الأسرة (أحد الوالدين أو كليهما أو واحد – أو أكثر – من الإخوة الكبار) وإحساس المراهق بعجز والده (لكونه مدخنا أو لغيابه) عن كبح رغباته وانخفاض أدائه الدراسي وانخفاض تقديره لذاته وتبريره للآثار الفسيولوجية المباشرة المترتبة على محاولاته المبكرة تدخين السجائر كل هذه العوامل تتضافر فيما بينها وتزيد من سرعة التحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين بانتظام.

الفصل الثالث
استمرار التدخين

الفصل الثالث

استمرار التدخين

يتساءل الذين عرفوا عناصر السيجارة الكيميائية، وما يترتب على دخولها الجسم من آثار مزمنة تطول كل أجزائه دون استثناء، يتساءلون : لماذا يبتعد فريق من الذين جربوا التدخين، يبتعد كلية عن الدخان، ويقتصر فريق ثان على تكرار المحاولة، ولكن في فترات متباعدة أو يدخن بحسب الظروف، بينما يستمر فريق ثالث * في التدخين بل ويصبح امتناعه أمرا بعيد المنال؟ وقد حاول علماء النفس – وغيرهم- الإجابة عن هذا السؤال، ويمكن استخلاص أربع إجابات – أو تفسيرات – تقدمها نتائج بحوثهم لهذا التساؤل :

التفسير الأول :-

يفترض أن تدخين السجائر يحدث درجة من الاعتماد النفسي والفسيولوجي على النيكوتين، باعتباره أكثر عناصر السيجارة الكيميائية تأثيرا في أجهزة جسم الفرد، وحثا له على استمرار التدخين، فتدخين الفرد عشرة أنفاث من كل سيجارة من السجائر العشرين (في المتوسط) التي يدخنها يوميا، تعني أكثر من ثلاثة وسبعين ألف نفث سنويا، ينقل كل منها إلى المخ النيكوتين – وغيره من العناصر – بسرعة (أقل من سبع ثوان) تفوق سرعة وصول الهيروين إلى المخ عن طريق الحقن في الوريد، كما ينقل كل منها إلى المخ كمية من النيكوتين قد لا تصل إلى حجمها كمية أي مخدر – طبيعي أو مصنع (مخلق) – آخر يتعاطاه الفرد، ذلك لأن النيكوتين – أو تدخين السجائر – مقبول في كل المواقف الاجتماعية ومرتبط بهاديات (علامات) بيئية عديدة وآثاره السلبية المباشرة غير ملحوظة، وتكلفته الاقتصادية أقل كثيرا بالمقارنة بالمخدرات الطبيعية أو المصنعة الأخرى، مما يجعل الاعتماد على النيكوتين – أو تدخين السجائر – متاحا بدرجة كبيرة (Russell, ١٩٧٧) خصوصا إن الرئتين تمتصه بسرعة، ويصل ربع ** ما امتصته إلى شعيرات المخ فينبه مستقبلات

---

* تشير البحوث إلى أن ما بين ثلث إلى نصف الذين يجربون التدخين ينتظمون فيه (Pomerleau; et al.,١٩٩٣)

** أما الثلاثة أرباع الأخرى فتوزع – مع الدم – على باقي أجزاء الجسم وتسبب- بالتفاعل مع العناصر الأخرى - أضرار التدخين المختلفة (انظر: Garvik, ١٩٧٧) .

النيكوتين به (التي توجد في medial forebrain على وجه التحديد) ويرفع معدلات الأحماض الأمينية المختلفة ، وينبه مركز التنبيه الكيميائي في النخاع، ويستثير عددا من هرمونات الغدة النخامية و"الهيبوثلاموس" ، وهكذا يؤثر النيكوتين تأثيرا مباشرا وفوريا يؤدي – نتيجة تكراره- إلى الاعتماد النفسي والفسيولوجي على النيكوتين .

ويستند المتبنون لهذا التفسير على صحته بما يلي : -

١- يقدم النيكوتين دعمًا إيجابيًا للاعتماد عليه والاستمرار في تدخين السجائر؛ إذ يؤثر في الجهاز العصبي تأثيرًا مزدوجًا بشكل يجعله وسيلة بعض الأفراد لتنظيم انفعالاتهم في مواقف المشقة والقلق؛ لأنه مخمد يحدث فتورا في العضلات، كما أنه وسيلة أفراد آخرين لمواجهة مواقف الرتابة والملل؛ لأنه يرفع مستوى الإثارة في القشرة المخية (Ashton & Stepney, ١٩٨٢; Solomon & Corbit, ١٩٧٤ ;Ternes,١٩٧٧)

وبالإضافة إلى هذا الدور كمدعم إيجابي، فإن للنيكوتين دوره كمدعم سلبي، ويتمثل في مساعدة الفرد على تجنب الآثار الجسمية الفسيولوجية والنفسية المنفرة والمرتبطة بالامتناع عن التدخين (أي أعراض الانسحاب) والتي يظهر بعضها بعد مرور ساعتين على تدخين آخر سيجارة، ومنها: انخفاض معدل نبض القلب، وارتفاع كل من ضغط الدم ومعدل التنفس ودرجة حرارة الجسم وزيادة القابلية للاستثارة العصبية (النرفزة) والقلق، وانخفاض معدل "الإدرينالين والنوربنفرين" Norepinephrine والأحماض الأمينية في الدم، وكل هذا يؤدي إلى الأرق والتعب والخمول والصداع والغثيان واضطراب عمليات الهضم و التمثيل الغذائي (الأيض)، وانخفاض مستوى الإثارة (النشاط) في القشرة المخية وضعف القدرة على التركيز وكذلك التذكر والانتباه، وتصل هذه الأعراض إلى ذروتها خلال الأيام الثلاثة بعد تدخين آخر سيجارة، ثم تقل شدتها تدريجيا بعد ذلك، كما تختفي هذه الأعراض تماما خلال خمس دقائق بعد تدخين سيجارة أو بعد مرور أسبوعين – تقريبًا – على تدخين آخر سيجارة، أيهما أسبق (Best; et al., ١٩٨٥; Garvik, ١٩٧٧) وتحاشيا للمعاناة التي يقاسيها الفرد في الأيام الأولى لامتناعه عن التدخين، يعاود التدخين بشكل منمط دون توقف.

٢- يتمتع الدم – والجسم عموما- بدرجة من التوازن بين عناصره فلكل عنصر مستوى معين، تجب المحافظة عليه، فأي نقصان – أو زيادة – في مستوي تركيز عنصر ما في الدم تخل بالتوازن، بالتالي تحث الفرد إلى السعي لإعادة هذا التوازن من خلال زيادة الطلب على العنصر الناقص وهكذا، ومع تدخين السجائر، يصبح للنيكوتين مستوى تركيز معين في الدم، (كذلك في بقية أعضاء الجسم) وتصبح المحافظة عليه محددا كافيا لاستمرار التدخين، دليل ذلك الزيادة التي تتراوح بين ١٥ و ٢٠% التي كشفت عنها التجارب (Schwartz, ١٩٧٧) في معدل الاستهلاك اليومي لسجائر ذات معدل نيكوتين منخفض بالمقارنة بذات معدل نيكوتين مرتفع، وأيضا زيادة عمق النفث من كل سيجارة وهذه الزيادة تختلف باختلاف معدل التدخين المعتاد إذ تزيد على ٢٥% بالنسبة للمدخنين بكثرة، بينما تتجاوز ١٧,٥% بالنسبة للمدخنين ذوي معدل تدخين منخفض،مما يشير إلى أن المدخنين أو على الأقل المدخنين منهم بكثرة، يدخنون للمحافظة على مستوى النيكوتين في الجسم أي أن هناك علاقة بين تدخين السجائر ومستوى تركيز النيكوتين.

وتشكك نتائج البحوث (Lerenthal & Cleary, ١٩٨٠) في إمكانية أن يكون هذا التفسير تفسيرا شاملا لاستمرار التدخين حيث تبين أن : -

(أ) ما بين ٧٥-٨٠% من الممتنعين عن التدخين يعودون إليه (ينتكسون) فيما بين ثلاثة شهور وسنة بعد التعرض لبرامج منع التدخين أو التحكم فيه على الرغم من عدم وجود أعراض انسحاب أو أي معدل للنيكوتين في الدم بعد أيام قلائل من التعرض لتلك البرامج .

(ب) يكتفي بعض المدخنين بتدخين سجائر لا تحتوي على نيكوتين، أي إنهم يدخنون لأسباب أخرى غير تنظيم معدل (نيكوتين) في الدم لأن تدخينهم هذه السجائر لا يضيف إليه شيئا.

(ج) لم يزد المدخنون عدد ما يدخنونه من سجائر ذات معدل (نيكوتين) منخفض بالقدر الذي يوازي مقدار (النيكوتين) الذي نقص من كل سيجارة، بمعنى آخر تبين التجارب أن تدخين سجائر يقل فيها النيكوتين بنسبة ٧٧%عن السجائر العادية لم يصحبه إلا زيادة السجائر المدخنة يوميا بنسبة لا تتجاوز ٢٥% .

(د) لم يحدث تناول جرعات (نيكوتين) عن طريق الفم انخفاضا ملحوظا في معدل تدخين السجائر .

(هـ) تبين عدة بحوث أن الأفراد يدخنون لأسباب مختلفة، منها: التغيرات الانفعالية المرتبطة – شرطيا– بالتدخين، كما تبين بحوث أخرى اختلاف المدة التي يستغرقها كل فرد للتحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين المنظم ، فقد تكون هذه المدة شهرا لدي بعض الأفراد وقد تكون سنتين لدي بعضهم الآخر، ومعنى ذلك أن عوامل أخرى، غير تنظيم معدل النيكوتين في الدم، وراء استمرار الفرد في التدخين .

التفسير الثاني :-

أجريت عدة بحوث تهدف إلى تحديد المواقف (وتشمل الأماكن والأنشطة التي يزاولها الفرد والأشخاص المتواجدين معه) الشائع أن يدخن فيها الفرد السجائر*، أو بمعنى أدق التي تستحثه على ذلك لارتباطها الشرطي معه، وقد أجريت بعض هذه البحوث بمشاركة مبحوثين مراهقين (Biglan & Lichtenstion, ١٩٨٤; Green, ١٩٧٧) (متوسط أعمارهم ١٦,١٣ سنة، ومتوسط المدة التي أمضوها يدخنون ١,٩٤ سنة، ومعدل تدخينهم ١٥,٢٥ سيجارة يوميا) كما جرى بعضها الآخر بمشاركة مبحوثين راشدين (متوسط أعمارهم ٣٠,٤٦ سنة ومتوسط المدة التي أمضوها يدخنون ١٤,٦% سنة، ومعدل تدخينهم ٢١,٧٥ سيجارة يوميا) وتبين جميعها أن تدخين السجائر سلوك تدفع إليه أحيانًا حالات انفعالية إيجابية كالسعي إلى المتعة والسرور والاسترخاء ، كما تحث عليه أحيانا أخرى الرغبة في إنقاص المشاعر السلبية كالشعور بالجوع أو الضجر أو الاستثارة العصبية (النرفزة) ...الخ مما يعني أن تدخين السجائر سلوك متعلم أي عادة تكتسب في ظل ظروف الدعم الاجتماعي وضغوط الأقران، من هذا المنطلق يمكن تفسير استمرار تدخين السجائر في ضوء نظريات التعلم :-

---

* وقد طور شفمان وزملاؤه (١٩٩٣) هذا الإجراء بحيث تستخدم الآن الحواسب الآلية في تصميم وتقديم برامج تساعد المدخن على تحذير ذاته على مدى اليوم إذا كان يحاول التحكم في معدل تدخينه.

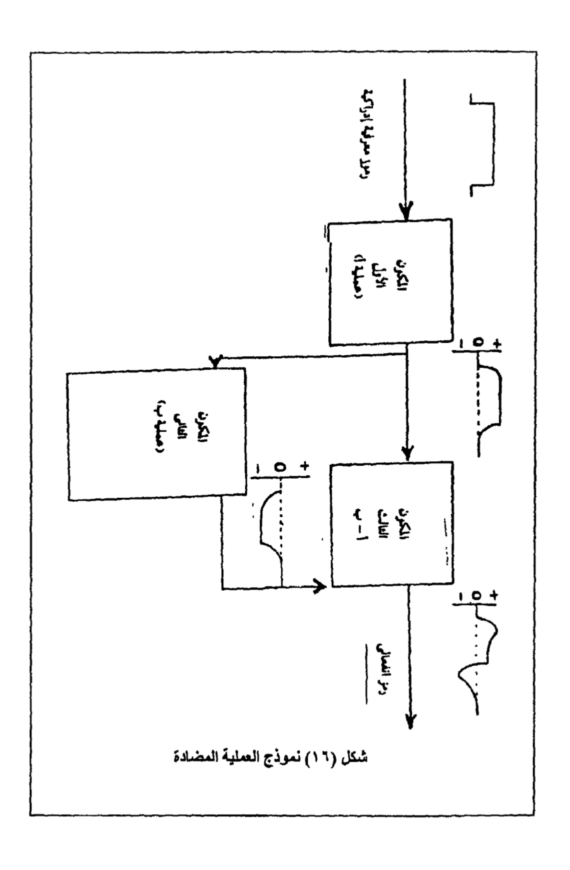
يشاهد الطفل أباه يدخن، فيكون انطباعا إيجابيا عن التدخين والمدخن (فأباه يدخن) يدعمه التكرار المتواصل للصورة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المدخن، فهو البطل المنقذ القادر على مواجهة كافة المشكلات كما تدعمه إشارتها إلى التدخين باعتباره علامة النضج والقوة وحب المغامرة ... الخ، ويستمر عرض هذه الصورة، وتستمر المشاهدة، في ظل ذلك يكبر الطفل ويصبح مراهقا، فيكون قد تعلم – تعلما بالملاحظة وبالاقتداء – كيف يدخن، ويحاول ذلك، فيلقي استحسان أقرانه، بمكافأة تدعم لديه إعادة الكرة، فيعيدها (Green, ١٩٧٧) ومع تكرار المحاولات، يتزاوج التدخين مع عدد من الهاديات الخارجية، ويرتبط بها شرطيا، وتعد متغيرات سابقة له كاحتساء القهوة أو الشاي، وتناول وجبة وقيادة السيارة، ومشاهدة التليفزيون، ومجالسة المدخنين، وانتظار شخص ما ... الخ، ونتيجة لذلك التكرار أيضا، يصبح التدخين مدعما ثانويا في عدة مواقف تعد منبهات تمييزية له، مثل: مواقف الضغط الاجتماعي والمشقة والحرمان من طعام، والانشغال، والشعور بالقلق أو الضجر، أو الغضب، أو التعب أو القابلية للاستثارة (النرفزة). ومع تكرار تدخين السجائر في هذه المواقف يصبح (النيكوتين) مدعما أوليا، إذ يحدث تأثيرا في الجهاز العصبي المركزي يساعد على خفض التوتر والاسترخاء والكفاءة في العلاقات الاجتماعية... الخ، ومع تكرار تدخين السجائر آلاف المرات، وتكرر إصداره في مواقف عديدة ومتنوعة، تقوي العلاقات الشرطية بينه وبين كل من الهاديات التي تسبقه والهاديات الداخلية التي تقترن به.

وأحدث النظريات التي تبلور هذا التفسير هي نظرية العملية المضادة Opponent * (Solomon & Corpit, ١٩٧٤; Ternes, ١٩٧٧) والتي تعد توظيفا جيدا لنظرية التعلم الشرطي الكلاسيكي في تفسير الاستمرار في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب، وتدخين السجائر من بينها، وتفترض النظرية أن الجهاز العصبي المركزي يميل دائما لخلق حالة من التوازن Homeostasis داخله من خلال أنساق معينة مهمتها التحكم في الانفعالات للمحافظة على هذا التوازن بواسطة إنقاص أية مشاعر إيجابية كانت أو سلبية، مفرحة كانت أو مترحة، تخرج الجهاز العصبي عن

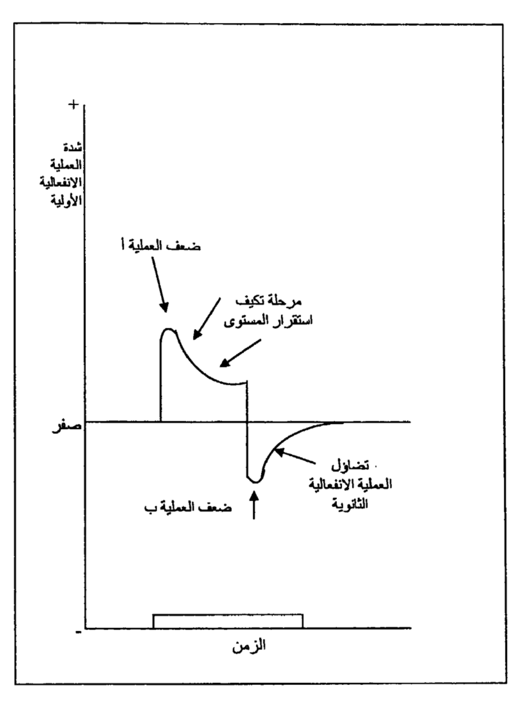
---

* وترجع في الأصل إلى الفيلسوف اليوناني "أفلاطون" والذي قال : أن الأضداد كلها يتولد أحدها عن الآخر ، ويجئ الواحد منها في أعقاب أخيه .

توازنه، ويوضح شكل (١٦) الكيفية التي تتم بها هذه العملية والتي تتضمن ثلاثة مكونات يمثل أولها العملية الانفعالية الأولية (عملية أ) الناتجة عن إثارة الجهاز العصبي بواسطة منبهات معدلة للمزاج أو هاديات مرتبطة بها، وتعكس هذه العملية انفعالا سارا أو محزنا، تبعا لطبيعة المنبه الذي يحدثها ويمثل ثانيها رد الفعل الانفعالي المضاد (عملية ب) أي العملية الانفعالية الثانوية والتي تعد آلية الجهاز العصبي لاستعادة توازنه الذي أخلت به العملية أ، ويمثل حاصل الجمع بين المكونين السابقين المكون الثالث الذي يعد حالة الفرد الانفعالية في لحظة ما من الزمن، وتتابع المكونات الثلاثة بشكل دينامي يتسم بخمسة ملامح متمايزة يوضحها شكل (١٧)، وهي وصول الأول (عملية أ) إلى أضيق مدى له – يتبعه مرحلة تكيف، أي إنقاص شدة العملية (أ) إلى ادني مستوى – فإذا ما أصبح هذا المستوى مستقرا نسبيا، تتم المحافظة عليه حتى استبعاد المنبه الذي أحدثها، هنا تكتسب العملية (أ) القدرة علي إحداث نفس تأثير هذا المنبه، أي تستثير ظهور العملية (ب) – وتكون هذه العملية الأخيرة في أضيق مدى لها بعد استبعاد المنبه – ثم تضعف ببطء وتعود إلى وضعها الأصلي، أي استعادة التوازن. وتتتابع معا هذه الملامح الخمسة لتصف النمط المقنن للديناميات الانفعالية في نموذج العملية المضادة ، الذي يعتبر حالة الفرد الانفعالية في لحظة ما من الزمن هي حاصل الجمع الجبري للعمليتين (أ،ب) حيث تطرح (ب) دائما من (أ)، فإذا كانت أكبر من (ب) عايش الفرد حالة انفعالية تغلب عليها العملية (أ)، وتسمى الحالة (أ)، أما إذا كانت (أ) أصغر من (ب) شعر الفرد بانفعال له نفس شدة العملية (ب) ونوعيتها، أي الحالة (ب)، وهكذا تتبع شدة الحالة (أ) ونوعيتها مباشرة بدء التعرض للمنبه المثير للعملية (أ)، عند ضعف العملية (أ)، كذلك تتبع شدة الحالة (ب) ونوعيتها مباشرة استبعاد المنبه الذي يحدث العملية (أ).



شكل (١٦) نموذج العملية المضادة



شكل (١٧) تتابع الملامح الخمسة
الديناميات الانفعالية لنموذج العملية

وعند ضعف العملية (ب)، وهكذا أيضا يتشابه رد الفعل الانفعالي المضاد الذي يثيره وجود المنبه غير الشرطي مع الانفعال السلبي الذي يظهر نتيجة التوقف المفاجئ في تقديم المنبه المدعم، وهذا الانفعال السلبي أو الحالة (ب) هو شرط جديد يظهر فقط بعد استبعاد المنبه غير الشرطي، أي إنه كلما تكرر التعرض للمنبه غير الشرطي قوي رد الفعل الانفعالي الناتج عن استبعاد هذا المنبه، أي زيادة العملية (ب)، وهذه الزيادة تحدث تغييرات في الديناميات الانفعالية، تشمل إنقاص شدة الحالة (أ) وزيادة شدة الحالة – بالتالي – الحالة (ب)، ويصبح التعود على هذا المنبه – أو التحمل – نتيجة طبيعية للتعاطي المتكرر للمنبه المعدل للمزاج ، بكلمات أخرى فإن العملية (ب) أو رد الفعل الانفعالي المضاد تقوي بالتعاطي ، وتضعف بعدم التعاطي.

فتدخين السجائر منبه معدل للمزاج يستثير – في البداية – انفعالا سارا (عملية أ) ناتجا عن استحسان الأقران له، والذي تدعمه هاديات بيئية واجتماعية تحبذه، والتي في ظلها تتضاءل الآثار المترتبة مباشرة على التدخين، ويعقب هذا الانفعال السار، انفعال مضاد له (عملية ب) مرتبط باختفاء المنبه أو عدم التدخين، ومع تكرار التدخين، يقوي الانفعال المضاد ، ويطول أمده، مما يؤدي إلى تناقص تدريجي في شدة الانفعال السار الحالة (أ) وأمده، والذي سبق للتدخين أن أحدثه، وتزداد بالتالي شدة الحالة (ب) وأمدها مما يزيد الرغبة في معاودة التدخين، أي أن تكرار التدخين يؤدي إلى تناقص تدريجي في الجوانب الممتعة الناتجة عن الحالة (أ)، ويصاحب هذا التناقص تزايد شدة الانفعال المضاد لها (عملية ب) يتزامن مع بدء ظهور مجموعة من الأعراض الجسمية المنفرة (أعراض الانسحاب)، والتي تزداد شدتها كلما طالت الفترة بين تدخين السيجارة وتدخين الأخرى، وتتزايد بالتالي الرغبة الملحة في التدخين (الحالة ب) فتدفع الفرد إلى محاولة تجنب ظهور تلك الأعراض بالبحث عن السجائر وتدخينها والذي يدعمه اختفاء تلك الأعراض وكذلك المتعة الناتجة عنه .

وهكذا تتراوح انفعالات الفرد ما بين معاناة آثار مؤلمة (أعراض الانسحاب) وانفعال سلبي (الرغبة الملحة في التدخين) ناتجة عن الامتناع عن التدخين، وبين مشاعر سارة تترتب مباشرة على تجنب تلك الآثار وهذا الانفعال بمعاودة التدخين، ويصبح هذه المشاعر مدعما لتلك المعاودة

التي يؤدي تكرارها في المواقف المختلفة إلى تزاوج هاديات بيئية واجتماعية متباينة مع التدخين، وترتبط شرطيا بحيث يستثير ظهور أي منها الحالة (ب)، وتعد هذه الهاديات متغيرات معدلة (تنقص الأثر المدعم للنيكوتين) لقيمة النيكوتين التدعيمية، بالتالي يطلب الفرد المزيد منه، أي يعاود مد يده إلى علبة سجائره مشعلا الواحدة تلو الأخرى .

وهكذا تمدنا نظرية العملية المضادة بآلية توحد الهاديات الخارجية والداخلية (السابق الإشارة إليها) مع استجابات أخرى متنوعة تشمل خبرات الفرد الانفعالية المرتبطة بالتدخين، ويساعدنا هذا التوحد على معرفة كيفية ظهور الرغبة الملحة في التدخين لدى الفرد وتزايد شدتها نتيجة وجود آخر يدخن .

تبقى الإشارة إلى التناقض في بناء هذه النظرية، فحالة (أ) قد تكون إيجابية وقد تكون سلبية، والحالة (ب) عكسها دائما، وإذا كان تكرار التدخين يؤدي إلى تزايد شدة الحالة (ب) مما يدفع إلى معاودة التدخين، فإنه بالمثل يؤدي تكرار عدم التدخين – أي الامتناع عنه فترة طويلة تتجاوز تأثير أعراض الانسحاب – إلى الشعور بالسعادة، وكلما طالت مدة عدم التدخين طالت المتعة الناتجة عنه وطال أمدها، ومع ذلك فإن تدخين سيجارة – وربما نفث منها - بعد فترة طويلة من الامتناع يكون مدعما لمعاودة التدخين على الرغم من الانفعال السلبي الناتج (عملية أ) عن تلك المعاودة.

التفسير الثالث :-

لا يعد أي من التفسيرين السابقين تفسيرا شاملا لظاهرة استمرار الفرد في تدخين السجائر، مما يبرز الحاجة إلى نموذج يقدم لنا تكاملا بينهما يناسب دينامية الظاهرة، ولا يغفل جانبا من جوانبها المتعددة، إذ لا يمكن لنا النظر إلى تدخين السجائر باعتباره سلوكا متعلما فقط متجاهلين التأثير النفسي والفسيولوجي للنيكوتين، وأهمية المحافظة على معدل معين له في الدم، كما لا يمكن أن يستثير انخفاض هذا المعدل – بمفرده – الرغبة الملحة في التدخين دون مساندة من الهاديات الخارجية أو الداخلية الأخرى، أو دون تفاعل معها، وإذا اعتبرنا هذه الرغبة هي الحلقة الوسطي بين انخفاض معدل النيكوتين في الدم والتدخين، فإن بالإمكان

التساؤل عن كيفية التفاعل بين هذا الانخفاض والهاديات الداخلية والخارجية الأخرى، ذلك التفاعل المسئول عن الاختلافات بين الأفراد في الهدف المتوقع من التدخين وفي كونه استجابة لهاديات بعينها لدى بعضهم أو استجابة لهاديات أخرى مغايرة لدى البعض الآخر، حيث يدخن المدخنون بكثرة بهدف تنظيم معدل النيكوتين في الدم، واستجابة لهاديات داخلية ، بينما يدخن المدخنون بمعدل منخفض بهدف تنظيم انفعالاتهم واستجابة لهاديات خارجية .

ويفترض أن هذا التفاعل يتم على النحو التالي: فالفرد يبدأ التدخين على سبيل التجربة؛ إذ يعتبره مظهرا للنضج وللإثارة، فيتعلم كيفية التحكم في طول النفث وعمقه ومدة بقائه في الرئتين، وكيفية التعود على آثاره الفسيولوجية. في هذه المرحلة ، يحدث النيكوتين لدى الفرد إحساسا سارا (ربما نشوة) يتحول – بصورة آلية – إلى إحساس مضاد أي سلبي، يبدأ ضعيفا ثم يقوي بالتدريج ومع تكرار التدخين – في هذه الأثناء – يعتاد الفرد أن يدخن السجائر في ظروف بيئية واجتماعية مختلفة ومتنوعة غالبا (أي مواقف مشقة)، فترتبط الانفعالات السلبية المضادة للإحساس السار السابق الذي أحدثه التدخين شرطيا بتلك المواقف، وفي الوقت نفسه يبدأ – عند استبعاد السجائر – انخفاض في معدل النيكوتين في الدم مصحوب بأحاسيس جسمية (ارتفاع ضغط الدم – انخفاض معدل نبض القلب ... الخ) ناتجة عنه وترتبط بها، ومع تكرار هذا الارتباط الشرطي تصبح تلك المواقف هاديات خارجية للرغبة الملحة في التدخين يتوق الفرد إلى السيجارة فور ظهور أحد هذه الهاديات .

ويمكن أن نفصل هذه العملية على النحو التالي:-

(أ) تتزامن عدة عمليات انفعالية في توقيت حدوثها على الرغم من تعدد مصادرها، فمواقف المشقة تبعث في الفرد مشاعر سلبية بينما يثير التدخين انفعالا إيجابيا.

(ب) ومع تكرار هذا التزامن، وفي لحظة ما من الوقت، تتوحد (بطريقة الجمع الجبري) هذه الانفعالات، ويغلب عليها الطابع السلبي فيتوق الفرد للسجائر كلما شعر بانفعال سلبي.

(ج) ومع تكرار تدخين السجائر، يحتفظ الدم بمستوى معين من النيكوتين يؤدي انخفاضه إلى إثارة أحاسيس جسمية وفسيولوجية غالبا، ترتبط شرطيا بالانفعالات السلبية، هذه العلاقة الشرطية هي أساس (حجر الزاوية) الرغبة الملحة في التدخين.

(د) ولأن الفرد يدخن السجائر في مواقف متنوعة متصورا أن التدخين يساعده علي مواجهة هذه المواقف والتحكم في التهديدات الناتجة عنها، هنا يتم الإسناد (العزو) الخاطئ Misattributed حيث تعزى آثار إيجابية إلى التدخين، وبالتالي يرتبط التدخين – بشدة – بتلك الآثار، ويرتبطان معا بتلك المواقف أو الأحداث، وتتكون في ذهن الفرد مخطط أو صورة معرفية Schemata تتوحد فيها الانفعالات والمواقف والانطباعات مع ردود الفعل الفسيولوجية والحركية التي يصدرها الفرد في هذه المواقف، وتصبح هذه الصورة من الذكريات الانفعالية للفرد .

(هـ) وتمدنا هذه الذكريات الانفعالية بآلية التكامل والتوحد بين كل من الهاديات الخارجية (مواقف المشقة مثلا) والداخلية (الأحاسيس الفسيولوجية الناتجة عن انخفاض معدل النيكوتين في الدم) وعدد من الانفعالات الذاتية والاستجابات الحركية اللاإرادية المرتبطة بخبرة المتعة الناتجة عن التدخين.

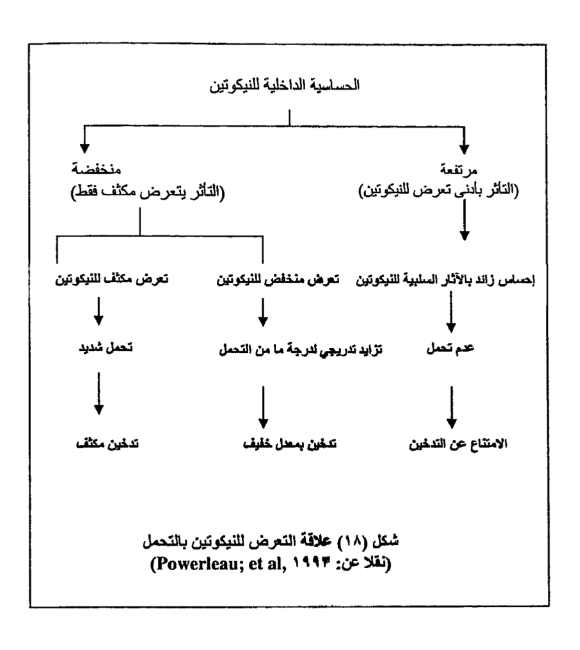
(و) وفي ضوء هذا التكامل أو التوحد، تصبح أي من تلك الهاديات الخارجية – أو الداخلية – مصدرا للرغبة الملحة في التدخين، وتختلف هذه المصادر من شخص لآخر، أو من موقف لآخر بالنسبة للفرد الواحد، باختلاف الوزن النسبي لمكونات النسق المتكامل، ويعد هذا الوزن النسبي دالة (نتاج) تاريخ التدخين لدى الفرد .

وهكذا يمكننا هذا التفسير من فهم استمرار الأفراد في تدخين السجائر، على الرغم من اختلاف أهدافهم من التدخين، أو اختلاف الآثار التي يتوقعها كل منهم من تدخينه للسجائر أو اختلاف المواقف التي يدخنون فيها أو اختلاف كم وكيف هذا التدخين، فكل هؤلاء – في ضوء هذا التفسير – يدخنون لتنظيم مستوى النيكوتين، إلا أن بعض الأفراد يعزو تدخينه إلى هاديات خارجية – اجتماعية غالبا– ارتبطت شرطيا

بالرغبة الملحة في التدخين الناتجة عن انخفاض معدل النيكوتين، بينما يعزوه بعضهم الآخر إلى هاديات داخلية –انفعالية غالبا– مرتبطة بمواقف مشقة مصاحبة لانخفاض معدل النيكوتين. الفارق بين الفريقين، أن العلاقة الشرطية بين انخفاض معدل النيكوتين والهاديات الخارجية يسهل ملاحظتها وتحتاج وقتا أقل كي تتكون بالمقارنة بالعلاقة بين انخفاض معدل النيكوتين والهاديات الداخلية التي يحتاج ظهورها إلى معدل تدخين مرتفع عبر مواقف متباينة وعلى مدى زمني طويل .

التفسير الرابع:-

وهو الأحدث، وقدمه "بومرليو" Pomerleau وزملاؤه (١٩٩٣) وقد استمدوه من بحوث تعاطي المخدرات والتي توضح أن العرض المنظم لمادة مؤثرة في الحالة النفسية (مثل: النيكوتين) يؤدي إلى تكيف عصبي معها ينتج عنه تحمل أي تزايد معدل التعاطي وجرعته، وخلق حالة من عدم التوازن Disequilibrium نتيجة انسحاب المادة المؤثرة نفسيا، ويصبح الحصول علي هذه المادة هدف الفرد للتخفف من تلك الأعراض.. وهكذا تكتمل دائرة الاعتماد، فالتعرض للنيكوتين يترتب عليه وجود نسبة تركيز النيكوتين في الدم، لا يتحقق التوازن الحيوي بدونها، فإذا انخفضت نسبة منه في الدم ظهرت أعراض الانسحاب، وتحاشيا لذلك يصبح هدف الفرد من التدخين هو تنظيم هذا التركيز والمحافظة عليه، معنى ذلك أن تحاشي أعراض الانسحاب يصبح في هذه المرحلة – استمرار التدخين – بديلا للدعم الاجتماعي الذي كان المحدد الأساسي لبدء التدخين ونتيجة هذا يستمر الفرد في التدخين، ويصبح معتمدا نفسيا وفسيولوجيا علي النيكوتين، هذا الاعتماد الذي ينتج في جزء منه (أي بالإضافة إلى الظروف البيئية المصاحبة للتعرض والتي ترتبط شرطيا به) عن الحساسية الداخلية للنيكوتين، فهذه الحساسية تجعل بعض المدخنين يعايشون آثارا سلبية للتدخين تدفعهم للحد منه فلا يعانون من التحمل، بينما تجعل البعض الأخر لا يعاني منها ، فيكون أكثر ميلا للاستمرار في التدخين ، ليس هذا فحسب ، بل تجعله أيضا يميل إما للتدخين بكثافة أو بمعدل خفيف ويقدم شكل (١٨) تصورا تخطيطيا لهذا التفسير .



شكل (١٨) علاقة التعرض للنيكوتين بالتحمل
(نقلا عن: Powerleau; et al, ١٩٩٤)

واستنادا إلى هذا النموذج يرى بعض الباحثين أنه إذا كان بدء التدخين يعتمد بدرجة كبيرة على المؤثرات الاجتماعية، فإن للوراثة إسهامها ليس في استمرار التدخين فحسب، وإنما في الكمية التي يدخنها المستمر (بكثافة أو بمعدل خفيف) وفي القدرة على الامتناع، فغير المدخن لديه الاستعداد الوراثي لذلك، المتمثل في حساسية مرتفعة لأدنى تأثير سلبي يحدثه النيكوتين وحساسية منخفضة لأي دعم يقدمه وتطوير بطئ (أي الحاجة لجرعات كبيرة) للتحمل، بينما لدى المدخن استعداد حيوي يجعله أقل تأثرا بآثار النيكوتين السمية، وأكثر استجابة لمترتباته المدعمة،

الأمر الذي يؤدي إلى وجود فروق في المستقبلات العصبية للنيكوتين مسئولة عن الفروق في الحساسية له.

ولم يلق هذا التفسير دعما إمبريقيا كافيا، ومازال لم يقدم إجابة لتساؤلات مهمة مثل:-

١- ما دور الفروق الفردية في الآثار الفارماكولوجية للنيكوتين ؟

٢- هل هناك تفاعل دينامي محتمل بين نمط التعاطي (ومدى انتظامه) وتغير مستوي التحمل؟

٣- ما دور الفروق الفردية في الحساسية الداخلية للنيكوتين؟ وأي أي مدى يؤثر تغير معدل التعرض للنيكوتين في هذه الفروق.

الخلاصة :-

تدخين السجائر سلوك متعلم بدرجة كبيرة، فمعدل ممارسته مرتفع جدا، ويكافأ بآثار فسيولوجية ونفسية واجتماعية متعددة، وهادياته الداخلية والخارجية متنوعة ومقبولة اجتماعيا وتكلفته الاقتصادية قليلة نسبيا، كما أن مترتباته السلبية غير ملحوظة ومؤجلة، مما يعمل على زيادة الاعتماد عليه، والعمود الفقري لهذا الاعتماد هو الرغبة في تنظيم الانفعالات، سواء كانت هاديات خارجية، أو اقترنت بهاديات داخلية أو الأحاسيس الناتجة عن التغيرات في مستوى النيكوتين في الدم ويساعد على هذا الاعتماد تبرير الفرد المستمر له بالاعتقاد في أن الدين لم يحرمه أو في أن المعلومات عن أضراره مبالغ فيها.

الفصل الرابع
الامتنـاع عن التدخين

الفصل الرابع
الامتناع عن التدخين

يعد تدخين الأب، أو إحدى الشخصيات العامة الشهيرة، كذلك الصورة التي ترسمها وسائل الإعلام للمدخنين، مشجعا للمراهق على بدء التدخين، الذي تتم محاولاته استجابة لدعوة أقرانه غالبا بهدف تنظيم انفعالات أما تسببها ضغوط نفسية واجتماعية، أو تزاوجت شرطيا مع هاديات خارجية متنوعة، أو اقترنت بهاديات داخلية وأحاسيس ناتجة عن التغيرات في مستوى النيكوتين بالجسم.

وفي ظل هذا الاستمرار تتضاءل تبريرات الفرد للتدخين، ويتزايد إحساسه بعدم الرضا عن نفسه، مصدره استهجان الفرد تدخين السجائر، فمع تكرار محاولات تدخينها، يدرك مخاطرها على الصحة، ويشعر بآثارها المنفرة، فيرغب في الامتناع عنها، وتتزايد رغبته هذه حتى يترجمها إلى محاولة فعلية لكنها تفشل، فيشعر بضعف الإرادة وخيبة الأمل، ويعزو كل الصفات السلبية إلى ذاته :-

وتكشف إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن ٦٩% من المراهقين المدخنين يرغبون في الامتناع عن التدخين (Warren; et al.,٢٠٠٨) ؛ كما تكشف الإحصاءات الأمريكية عن رغبة ٩٠% من المدخنين سواء كانوا مراهقين أو راشدين في الامتناع عن التدخين، بل ومحاولة ذلك، ٨٠% منهم حاولوا أكثر من مرة (٥,١ مرة في المتوسط) ، ٥٣% منهم لم يستمر امتناعهم عن التدخين أكثر من أسبوعين *، كما تكشف الإحصاءات البريطانية عن فشل أكثر من ٧٥% من محاولات الامتناع عن التدخين (Biglan & Lichtenstein,١٩٨٤; Leventhal; et al.,١٩٨٥; Lichtenstein & Brown,١٩٨٠; Lichtenstein & Glasgow,١٩٩٢; Shifman ١٩٩٣a).

وتبرز البحوث (Hall; et al., ١٩٨٤; Lichtenstein; et al., ١٩٨٠) أن ٩٥% من الممتنعين عن التدخين يشعرون بسعادة بالغة نتيجة عدم التدخين، إلا أن ٨٢% منهم يعايشون – أثناء فترة الامتناع – رغبة شديدة

* وفقا لتقرير أعده قسم الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكي (US DHHS, ٢٠٠٨) الذي استعرض تحليلا لاحقا لـ ٨٧٠٠ دراسة أجريت في الثلاثين سنة الأخيرة فإن ١٩ مليون أمريكي حاولوا الامتناع نجح منهم ٤ – ٧ % فقط.

في معاودة التدخين (توقان أو لهفة)، وتزداد هذه الرغبة شدة أثناء التواجد مع المدخنين وعند تناول الطعام أو احتساء القهوة أو مشاهدة التلفاز أو انتظار شيء ما، مما يجعل من هذه المواقف أهم أسباب معاودة التدخين بعد الامتناع عنه، فنادرا ما يعاوده الممتنع أثناء العمل[1]، أو حينما يكون بمفرده، إنما في وجود آخرين في ٨٣% من الحالات، الذين قدموا السيجارة الأولى بعد الامتناع، كما ذكر ٥٧% من المعاودين، وذكر ٨٠% منهم أنهم دخنوا السيجارة الأولى هذه في حالة من الاسترخاء، ذكر ٤٣%منهم أن طعمها كان سيئا، وأن آثارها الفسيولوجية الأخرى غير ممتعة، وذكر ٦٢% أنهم شعروا بعدها بالذنب والندم.

وإزاء هذه الصورة يتبلور أكثر من هدف لجهود مكافحة تدخين السجائر من خلال مساعدة المدخنين على الامتناع عنه، وتتمثل هذه الأهداف في : -

١- تنشيط دافعية غير الراغبين في الامتناع – على الرغم من قلتهم – وحثهم على ذلك، من خلال ترسيخ اتجاه مضاد للتدخين مرتبط بزيادة اهتمام المدخن بصحته، فالتوقف عن التدخين هو الشيئ المهم الوحيد الذي يفعله الفرد لتحسين صحته الآن ومستقبلاً.

٢- مساعدة الراغبين في الامتناع على نجاح امتناعهم من خلال برامج تعديل سلوك التدخين، والتغلب على الآلام الناتجة عن أعراض الانسحاب، فإذا نجح الفرد في الامتناع عن التدخين قبل بلوغه الخامسة والثلاثين من العمر، فإنه يصبح كمن لم يدخن إطلاقا، والذين ينجحون بعد هذا السن تقل احتمالات أصابتهم بالأمراض .

٣- فإذا نجحت مساعدة المدخن على الامتناع عن التدخين، لكن احتمال عودته إليه قائما وكبيرا، فإن الهدف هو الحيلولة دون هذه العودة بواسطة أساليب الوقاية من الانتكاس relapse prevention والتي تبرز أهميتها في ضوء معدلات الانتكاس المرتفعة والتي تتجاوز ٨٠%؛ إذ تكشف التقديرات أن ما بين ١٠و ٢٠% فقط ينجحون في

---

[1] يقلل الالتزام بالدور من احتمالات التدخين؛ إذ توجد أدلة أن الذين يعملون كل الوقت أقل تدخينا بالمقارنة إما بهم أنفسهم قبل الالتحاق بعمل أو بمناظرين لهم يعملون بعض الوقت (مؤقت) أو عاطلين (Bachman; et al.,٢٠٠٢:١٣).

محاولة الامتناع عن التدخين خلال متابعة لمدة سنة (Sue; et al., ١٩٩٩, McEwen; et al., ٢٠٠٦: ٢٣) .

وقد شهدت العقود الثلاثة الماضية محاولات حثيثة لتحقيق هذه الأهداف؛ نعرض لها على النحو التالي : -

أولاً: تنشيط دافعية غير الراغبين في الامتناع عن التدخين :-

١- سياق التواجد بالمستشفيات :-

يمكن الاستفادة من تواجد المرضى – وزوارهم – بالمستشفيات للعلاج من أمراض بدنية أو نفسية وذلك بجعل المدخنين منهم – وممن يزورونهم – يمتنعون عن التدخين أثناء فترة تواجدهم بالمستشفى، ومساعدتهم على أن يظلوا ممتنعين عنه بعد هذه الفترة، وهذا السياق رغم حيويته فإنه أهمل طويلاً من قبل المهتمين بمكافحة التدخين فلم يهتم به إلا قليل من الباحثين أواخر القرن العشرين.

وتتمثل أهمية هذا السياق في أن المرضى، والمدخنين منهم بشراهة على وجه الخصوص، يترددون على المستشفى لإصابتهم * المتكررة بأمراض الجهازين التنفسي والدوري وغيرهما، مما يزيد فرص التدخل لمساعدتهم على الامتناع عن التدخين، خاصة وأن سياق التواجد بالمستشفى وسببه مبررات منطقية لهذا الامتناع، كما يمثل التواجد بالمستشفى اللحظة التي تنخفض فيها الرغبة في التدخين إلى أدنى مستوى، وفي الوقت نفسه ترتفع فيها الحساسية لأضرار التدخين إلى أعلى درجة، كما تكون الرغبة في الامتناع عنه في مستواها الأمثل، فالبحوث التي أجريت بمشاركة مرضى أودعوا المستشفى تكشف عن معدلات امتناع أثناء التواجد تصل إلى٧٠%، تصبح ما بين ٣٥و٤٠% بعد الخروج من المستشفى، وتنخفض إلي ٢٠-٢٥% بعد عام من الامتناع (Orleans; et al., ١٩٩٣).

* فعلى سبيل المثال تظهر الإحصاءات الأمريكية أن ٢٥ مليون أمريكي يودعون المستشفى لفترات قصيرة كل عام (Orlerns; et al., ١٩٩٣) ، وأن ٧٠% على الأقل من المدخنين يعاودون الطبيب كل عام ولو مرة واحدة وأن ٥٠% على الأقل من المدخنين يترددون على طبيب الأسنان (UsDHHS, ٢٠٠٨:٣٨).

ومن المتوقع تزايد هذه المعدلات نتيجة نصح الأطباء والعاملين والزوار والمرضي الآخرين، ومن الممكن تخطيط هذا النصح بحيث يصبح تدخلا منتظما قابلا للملاحظة والتقويم ، ولتحقيق ذلك يجب أن يراعي ما يلي : -

- الحزم في منع التدخين بالمستشفى، فلا ينبغي لأي فرد مهما كان موقعه أن يدخن.
- أن يعمل كل فرد بالمستشفى على توفير هاديات الامتناع أو علاماته وتعريض المرضي لها.
- الاستعانة بمعالجة دوائية أو سلوكية تساعد الممتنعين على تجاوز فترة أعراض الانسحاب، ويفضل أن تكون هذه المعالجة جزءا من برنامج متعدد المكونات.
- تقديم علاج للإدمان على النيكوتين إذا اقتضى الأمر ذلك.
- استمرار المتابعة بعد الخروج من المستشفى بما يحقق الوقاية من الانتكاس (المرجع السابق).

ويمكن تدريب الأطباء وبقية العاملين بالمستشفى على القيام بمثل هذا التدخل كما يمكن توظيف أسلوب زيادة الإحساس بفعالية الذات – كما قدمه (باندورا) – كوسيط لإحداث تغيير في سلوك التدخين.

ويمارس الطبيب * – أو الممرضة ... وما شابه – دوره في ذلك عبر استراتيجيات خمس هي : -

[١] أسأل المريض – أو زائره – عما إذا كان يدخن، فإن كان كذلك، سجّل قياسات حيوية (ضغط الدم – نبض القلب – درجة الحرارة ... وما شابه) واحتفظ به للمقارنة في زيارات لاحقة .

[٢] وجه نصيحة واضحة وقوية وحميمة (تكشف عن مودة شخصية) في الوقت نفسه وفحواها التوقف فورًا عن التدخين ، والنصيحة مدعومة بالقياسات الحيوية التي لديك عنه.

---

* ولماذا الطبيب ؟ لأنه الأكثر مصداقية عند تقديم نصيحة صحية تصبح أساسا مقنعا لمحاولات التوقف الأن ومستقبلا ، ولأن بإمكانه تقديم مداخلة – قصيرة (ثلاث دقائق غالبًا) – للحث والمساعدة في محاولة الامتناع.

[٣] اختبر جدية رغبة المريض – أو زائره – في التوقف، فإن كان غير جاد فمده بمعلومات ووسائل اتصال للتفكير في محاولة مستقبلية، وإن كان جادًا في الامتناع عن التدخين الآن فساعده في وضع خطة لذلك بدءً من تحديد موعد الامتناع (خلال أسبوعين) وتبصيره بالتحديات التي ستصادفه (بما في ذلك أعراض الانسحاب) وكيفية التعامل معها وتنمية مهاراته في ذلك .

[٤] ساعده على نجاح محاولته بمده بالدعم والمساندة والمعلومات .

[٥] رتب معه كيفية متابعته ومواعيدها (USDHHS, ٢٠٠٨: ٤٢-٤٣) .

٢- التدخل في مؤسسات العمل :-

وزاد الاهتمام به في العقد الأخير، وذلك لإمكانية الوصول من خلاله إلى عدد كبير من المدخنين الذين لا يلتفتون – بسبب إما عدم المعرفة أو عدم الاستطاعة المالية – للبرامج المقدمة في العيادة وأيضا لإمكانية الاستفادة من كل من : -

- ظروف العمل التي تحظر التدخين أثناءه.
- البناء التنظيمي الذي يتيح لبعض الأفراد التحكم في سلوك الآخرين من خلال التحكم في الإثابة والعقاب.
- التفاعل بين زملاء العمل الذي ينشط الدافعية للامتناع ويقدم المساندة للمدخن الممتنع .

ويشير عرض نتائج عشرين دراسة لتقييم هذا التدخل إلى أنه حقق معدلات امتناع طويل المدى يصل متوسطها إلى ٢١% Lichtenstein & Glosgow, ١٩٩٢) ،وتجدر الإشارة إلي تقرير قسم الصحة والخدمات الإنسانية (USHHS)(٢٠٠٥) الذي يدعو لبيئة عمل خالية من التدخين حيث تكشف البحوث - التي استند إليها التقرير- أن بيئة العمل المصدر الرئيس للتدخين السلبي المسئول عن وفاة ثلاثة ألاف غير مدخن سنة ١٩٩٣ نتيجة الإصابة بسرطان الرئة.

٣- المساندة الاجتماعية Social Support :-

الذي ظهر في سبعينيات القرن العشرين على أساس القول بأن المتغيرات الاجتماعية والبيئية محددات أساسية لعدد من الاضطرابات الجسمية والنفسية (ومنها الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب

والسجائر من بين هذه المواد) وبالتالي يمكن للعلاقات الشخصية أن تحمي الفرد من كثير من المخاطر الصحية ويرى عدد من الباحثين في مجال علم النفس أن هذا الأسلوب خطوة أولى نحو فهم الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في تعديل السلوك، إما بشكل مباشر من خلال إيجاد الدافعية التي يتطلبها التغيير، ومن خلال عمليات التأثير الاجتماعي (مثل: الإقتداء)، أو بشكل غير مباشر من خلال التأثير في متغيرات تؤثر في السلوك المرغوب *.

وتعد البحوث التي تقوّم هذا الأسلوب محدودة جدا، ونتائجها غير متسقة يرجع ذلك لأسباب عدة، منها: اقتصار تعامل أغلب هذه البحوث مع المساندة الاجتماعية في ضوء بنائها (مثل: العضوية في جماعة ما) أكثر من التعامل مع وظيفتها، وكون أنساق هذه المساندة مصطنعة بدرجة كبيرة لا تناسب ضروب السلوك اليومية المعتادة لمعظم الأفراد، بالإضافة إلى ضيق الوقت الذي يستغرقه التعرض لبرنامج المساندة الاجتماعية لمنع التدخين بالمقارنة بالبيئة الاجتماعية الطبيعية التي يحدث فيها التدخين (السلوك المطلوب تغييره)، يضاف إلى ذلك عدم النظرة إلى تغير سلوك التدخين في إطار نموذج متعدد المراحل، يتم التدرج فيه من مرحلة لأخرى حتى يمكن تحقيق الهدف وهو الامتناع طويل المدى نتيجة التعرض له. فهذا النموذج يتعامل مع عملية الامتناع باعتبار أنها تشمل عدة مراحل قابلة للتحديد وهي :-

ما قبل المحاولة حيث لا يوجد تفكير في الامتناع – والتفكير الجاد في الامتناع خلال الأشهر القادمة - والتوقف الفعلي عن التدخين أو النية لذلك خلال شهر – والمحافظة على الامتناع لمدة ستة أشهر، ولكل مرحلة منها متطلبات التدخل الملائمة.

---

* للتعرف على هذا الأسلوب والأساس النظري الذي يستند إليه انظر (Heller; et al., ١٩٨٦; Kamarck & Lichtenstein, ١٩٦٥; Mermelstein; et al., ١٩٨٦)

ثانيًا: برامج مساعدة المدخنين على الامتناع عن التدخين: -

بدأ الاهتمام بتعديل سلوك التدخين في ستينيات القرن العشرين *، وحينذاك استعان المعالجون في عياداتهم بأساليب علاجية تقليدية لمساعدة قاصديهم على الامتناع عن التدخين، منها: العلاج بالتنويم Hypnothreaphy وقليلة جدًا الدراسات التي استخدمته في السنوات العشر الأخيرة، وأغلبها تظهر ضعف فعاليته، فقط دراسة وحيدة تكشف عن فاعلية محدودة له (USDHHS, ٢٠٠٨: ١٠٠)- والعقاقير التي تعد بدائل للنيكوتين للتغلب على آلام أعراض الانسحاب (مثل "لوبلين" lopeline الذي استخدم في أمريكا وكوبنهاجن منذ أواخر الستينيات، و"التابكس" Tapex * الذي استخدم في ألمانيا وبولندا وبلغاريا)؛ وغالبا ما لجأ هؤلاء المعالجون إلى تغيير معتقدات قاصديهم عن التدخين وإثارة دافعيتهم للامتناع عنه وزيادتها أثناء المعالجة بهذه الأساليب، وتكشف البحوث التي أجريت في الستينيات عن معدلات امتناع قصيرة المدى (ما بين أسبوعين وشهر) تليها معدلات انتكاس مرتفعة أيضا، وقد ظل الحال كما هو مع تمتع البحوث بوسائل الضبط المنهجي في السبعينيات فلم تكشف البحوث عن مزية للاستعانة بهذه الأساليب بالمقارنة بالمجموعات الضابطة أي الذين لم يتعرضوا لأية معالجة (Leventhal & Cleary, ١٩٨٠; Pechacek, ١٩٧٩; Schwartz, ١٩٧٧) مما دعا إلى تطوير أساليب أخرى – ويعرض جدول (٢) بداية ظهورها – تمثلت في: -

أساليب المعالجة الدوائية Pharmacotherapy :-

سبقت الإشارة إلى أهمية تنظيم معدل (النيكوتين) في الدم كمحدد لاستمرار التدخين، باعتبار أن (للنيكوتين) قيمة كمدعم، إذ تكشف البحوث

---

* فقد كانت البحوث التي تتناول تقويم فعالية هذه الأساليب لا يتجاوز عددها أصابع اليد الواحدة سنة ١٩٦٥ زادت سنة ١٩٨٩ عن ١٩٠ دراسة (Shffman ١٩٩٣a) ورصد فريق بحث معالجة تعاطي التبغ وإدمانه (USDHHS,٢٠٠٨) ٨٧٠٠ بحثا أجريت لهذا الغرض ما بين يناير ١٩٧٥ ويونيو ٢٠٠٧ .

* ويتداول المدخنون الأمريكان الراغبين في الامتناع أدوية الآن علي هيئة أقراص تتفاوت في تركيز المادة البديلة للنيكوتين، ومن هذه الأدوية: - Bupropion (اسمه التجاري Zyban) – و Varenicline – (ويتداول بمسمين تجاريين: Chantrik Pamelor; Aventyl Rimonabant – Cloindine – Glucose – Methoxsalen – (Nortriptyline Microtab. . والوصف المفصل للجرعات المناسبة من كل نوع ومدة العلاج به وأعراضه الجانبية يمكن الرجوع إلى : Mcwen, et al , ٢٠٠٦: ٧٤-٨٩; USDHHS, ٢٠٠٨: ٤٤-٥٦ .

عن علاقة بينه وبين آثار معينة على حالة الفرد المزاجية، وعلى أدائه بالإضافة إلى تأثير هذه المادة المتمثلة في إحداث اعتماد جسمي ونفسي عليها، وهو ما يعني إمكانية أن ييسر التحكم في معدل (النيكوتين) الامتناع عن التدخين، لذا نشطت برامج العلاج بإحلال النيكوتين في السنوات الأخيرة (Lichtenstein & Glasgow ١٩٩٢)، وبالإمكان التمييز بين إجراءين لهذا التحكم* : -

جدول (٢) ظهوربرامج مساعدة المدخنين للمرة الأولى (نقلا عن:Shifman١٩٩٣a)

مسلسل	البرنامج	سنة ظهوره
١-	العيادات الجماعية	١٩٦٢
٢-	الأيام الخمسة	١٩٦٣
٣-	الممارسة السلبية باستخدام التدخين السريع والصدمات الكهربائية	١٩٦٤
٤-	التنويم	١٩٦٥
٥-	التسكين المنظم (الطمأنة التدريجية)	١٩٦٦
٦-	التحكم الوقائي coveran وإدارة الظروف المحتمل ارتباطها بالتدخين	١٩٦٧
٧-	التخمة satiation	١٩٦٨
٨-	seymanagnent	١٩٧١
٩-	النيكوتين الممضوغ (العلكة) **	١٩٧٣
١٠-	الابر الصينية acupuncture	١٩٧٥
١١-	تدخين سجائر منخفضة النيكوتين	١٩٧٨
١٢-	برامج الوقاية من الانتكاس	١٩٧٩
١٣-	التعرض للهاديات المشجعة للامتناع	١٩٨٤
١٤-	أساليب التخلص من النيكوتين	١٩٩٠
١٥-	بخاخ Spray النيكوتين ، Zyban *	١٩٩٦
١٦-	استنشاق Inhaler	١٩٩٨

* يجرب الآن باحثون فنلنديون وكنديون تطوير دواءً جديدا يحتوي مثبط يسمى "سي واي بي ٢ ايه ٦" يبطئ التمثيل الغذائي للنيكوتين في الجسم ، ويتداول بالأسواق دواء خالي من النيكوتين مسماه التجاري "تشامبيكس" يخفف من حدة حاجة المدخن للتدخين، ويخفف الأعراض الانسحابية كما يلغي الإحساس بالمتعة المصاحبة للتدخين .

** اعتمدته هيئة الدواء والأغذية الأمريكية سنة ١٩٩٢ .

* دواء مضاد للاكتئاب ويعد الدواء رقم (١) في أمريكا لعلاج إدمان النيكوتين .

(أ) يتمثل الإجراء الأول في التقليل التدريجي لكمية النيكوتين؛ إما من خلال تدخين سجائر منخفضة النيكوتين Nicotine Fading أو عن طريق "مباسم" (مصافي) Filters متفاوتة القدرة على التحكم في معدلات النيكوتين والقطران التي تصل الرئتين، يستخدم كل منها لمدة زمنية معينة تسمح بالتخفيف التدريجي من معدل النيكوتين.

(ب) ولأن النيكوتين يكسب السيجارة طعما محببا للمدخنين، بالإضافة إلى أهميته للكثير منهم، لذلك يفشل الإجراء السابق في مساعدة المدخنين على الامتناع عن التدخين، لذا طور الباحثون السويديون أسلوبا يتعامل مع كل من الرغبة في الامتناع والحاجة لمعدل معين من النيكوتين بشكل منفصل، وهو أسلوب "النيكوتين الممضوغ" أو (العلكة) (مسماه التجاري: Nicotine Chewing Gum (Nicorette (عن طريق الفم مما يستغرق وصوله إلى المخ ما بين ١٠و ٢٠ دقيقة، مقابل ٧ ثوان في حالة التدخين) ولصقة patch النيكوتين (عن طريق الجلد)، مما يقلل من الضرر المترتب على النيكوتين (استحدث بديل* لهما أكثر فعالية يسمى Lozenge يوضع في الفم ومن خلاله يتم امتصاص النيكوتين، ويشير استعراض البحوث التي تقوّم فعالية هذا الأسلوب إلى أنه أدى في البداية إلى نتائج ضعيفة نسبيا إلا أنه في الفترة الأخيرة أكثر استخداما من الأساليب السلوكية الأخرى*، وتظهر فعاليته في إنقاص الانفعالات وبعض الجوانب الفسيولوجية المرتبطة بأعراض الانسحاب، إلا أنه لا توجد أدلة متسقة حول تأثيره في إنقاص الرغبة الملحة في التدخين، كما أن لهذا الأسلوب حدوده الطبية، إذ لا يستخدم في حالات الحمل وأمراض الدورة الدموية (Brown; et al., ١٩٨٤; Lichtenstein & Brown, ١٩٨٠) كما أن طعمه سيئ.

ثم توالي ظهور بدائل جديدة للعلاج بإحلال النيكوتين Nicotine replacement كبخاخ النيكوتين Spray الذي ظهر سنة ١٩٩٦، واستنشاق Inhaler النيكوتين، وقد ظهر سنة ١٩٩٨ وأدى استخدامهما إلى نتائج

---

* أنتجت شركة صينية جهاز إلكتروني على شكل سيجارة يعمل بالبطارية ويضخ النيكوتين بنسبة أقل من السيجارة العادية.

* وإن كان الأفضل أن يستخدما معًا إذ تشير البحوث إلى وجود تأثير متبادل بين النيكوتن الممضوغ واحد – أو أكثر – الأساليب السلوكية إذا استخدما معًا (Lichtenstein & Glasgow, ١٩٩٢).

مماثلة، كما أدت المزاوجة بين أي منهما وأحد الأساليب السلوكية إلى زيادة الفعالية (McEwer, et al., ٢٠٠٦:٨٧; USDHHS, ٢٠٠٨: ٥٥) .

لهذا ظهر سنة ١٩٩٢ أسلوب التخفيف من النيكوتين عبر استخدام لصقة على الجلد هي "لصقة** Nicotione Patch حيث يحصل الفرد علي جرعة محددة من النيكوتين يوميا "صمام نيكوتين"، ويتم تقليلها تدريجيا وبشكل آلي من يوم لآخر، وبواسطة ذلك يتم التخلص من مشكلات النيكوتين الممضوغ (Lichtenstein & Glasgow, ١٩٩٢).

وتكشف البحوث أن فعالية هذا الأسلوب متوسطة بالنسبة للمدخنين بشراهة، وأنها تتزايد مع نمو فهمنا للآثار التي يحدثها النيكوتين، ومع ذلك فإن التدخل السلوكي كأساليب التنفير والتدخل النفسي الاجتماعي يحظيان بالأولوية في هذا المجال (المرجع السابق).

٢- أساليب التنفير Aversive :-

وتعد توظيفا لأسلوب التشريط الكلاسيكي*، وتهدف إلى إنقاص القيمة التدعيمية للتدخين بالمزواجة بينه وبين منبهات منفرة والتي من أكثرها استخداما: الصدمة الكهربائية – تخيلات سلبية – السجائر ذاتها (بتدخينها تدخينا سريعا متتابعا، أو تدخينا بالمعدل المعتاد مع التركيز على الأحاسيس السلبية المصاحبة للتدخين) وتعد الصدمة الكهربائية أسهل تناولا وأسهل تكميما (أي: يمكن قياسها بشكل كمي) ويمكن التحكم فيها بالمقارنة بالتخيلات السلبية.

ويعد التدخين السريع أكثر المنبهات المنفرة فعالية لإمكانية ممارسته في أي وقت، وأي مكان،بينما التدخين المصحوب بالتركيز على الأحاسيس السلبية أو المصحوب بصور متخيلة، فليسا فعالين، حيث لم تكشف البحوث عن فروق بين المتعرضين لهذين الأسلوبين وبين المجموعات الضابطة.

** والمسمى التجاري لها .Nico Derm Cop وتتواجد بجرعات ثلاثة ٢١، ١٤، ٧مجم حيث البدء بالأقوى (تعادل ١٥ سيجارة) والتدرج إلى المتوسطة ثم إلى الصغرى في مدة ٨ – ١٠ أسابيع هذا بالنسبة للمدخنين بشراهة أما المدخنين بمعدل منخفض فيناسبهم نوع آخر من اللصقة مسماه التجاري Nicotrol لمدة ٦ أسابيع وتستبدل.

* يقدم الفصل الثاني من الجزء الأول من كتاب (نظريات التعلم ل: "غازدا وكورسيني") (والذي نشر بسلسلة عالم المعرفة) وصفا مفصلا لهذه النظرية .

وتكشف البحوث التي أجريت فيما بين عامي ١٩٦٩ ـ ١٩٨٩ عن عدد من المحاذير الأخلاقية لأساليب التنفير إذ يتضمن مخاطرة جسمية تحد من استخدامه، وخصوصا أسلوب التنفير من خلال التدخين السريع المتتابع ، حيث يتعرض الفرد لكميات كبيرة من العناصر الكيميائية ـ مثل: "النيكوتين" وأول أو كسيد الكربون ... الخ ـ التي تؤثر في أداء الجسم لوظائفه الحيوية، مما دعا الباحثين إلى نصح راغبي الامتناع بوضع سيجارة غير مشتعلة في فمه فترة ما من الوقت. ولم يحظ هذا الأسلوب إلا باهتمام ضئيل على الرغم من نتائج البحوث التي تبرز عدم وجود فروق بينه وبين أسلوب التدخين السريع، فمستوى فعاليتهما متشابه يضاف إلى المحاذير الأخلاقية هذه ، وجود معدلات انتكاس مرتفعة للمعالجة بأساليب التنفير.

(kamrack & Lichtenstein, ١٩٨٥; Lichtenstein & Brown, ١٩٨٠ ; Lichtenstein & Danaher, ١٩٧٦ ; Lichtenstein & Glasgow, ١٩٩٢; Schwartz, ١٩٧٧)

٣ـ أساليب التحكم الذاتي :ـ

وتعد توظيفا لنظرية التشريط الأدائي (أو الإجرائي operant) * وفي ضوئها يمكن النظر إلى التدخين كسلوك تم تعلمه بدرجة كبيرة، وتتم ـ أيضا ـ المحافظة عليه (أو الاستمرار في إصداره) بهاديات تسبقه ومترتبات لاحقة على إصداره وكما أسلفنا ـ في الفصل السابق ـ هناك عدد من الهاديات الداخلية والخارجية المدعمة للتدخين والتي تسبقه أو تليه.

ويمكن من خلال أساليب التحكم الذاتي أن نزيد وعي الفرد بالهدف من سلوكه، وإمكانية الاعتماد على ضروب سلوك بديلة لتحقيق ذات الهدف، بمعنى آخر يمكن أن نعلم المدخن كيفية تحديد هاديات التدخين، ثم كيفية إعادة ترتيبها أو استبدالها، فعلى سبيل المثال يعد تناول وجبة، فيمكن تعليمه أن يمشي أو يسترخي عضليا ـ بواسطة أسلوب "التسكين المنظم"

* يقدم الفصل الثالث من الجزء الأول من كتاب (نظريات التعلم ل: "غازدا وكورسني") (عالم المعرفة ٧٠) وصفا مفصلا لهذه النظرية .

Systematic Desensitization بعد تناول تلك الوجبة بدلا من تدخين سيجارة .

ويمكن أن ندرب المدخن على الامتناع التدريجي من خلال المكافأة والعقاب، فنعلمه أن يحدد لنفسه مكافأة إذا تمكن من الامتناع الناجح عن التدخين لفترة معينة من الزمن يحددها لنفسه (عدة ساعات – يوم – أسبوع) أو يحدد لنفسه عقابا إذا فشل في تحقيق هذا الامتناع، ويصبح هذا الأسلوب أكثر فعالية إذا قام بتنفيذ المكافأة والعقاب شخص غير مدخن .

أسلوب آخر للتحكم الذاتي يعتمد على تحذير المدخن لنفسه من خلال ترديده لعبارات ومعلومات تحثه على عدم التدخين، وقد لا يعد هذا أسلوبا مستقلا، فكل المعالجات تتضمن عناصر معرفية تسهم بشكل واضح في زيادة فعاليتها (Eiser, ١٩٧٨; Leventhal & Cleary, ١٩٨٠).

ويوصي الممارسون بالتزام الممتنع سبع خطوات متتابعة حتى يتحقق نجاح الامتناع عن التدخين هي : -

- ضع خطة لاستمرار الامتناع عن التدخين.
- حدد لنفسك مدعمًا وليكن الأموال التي كنت تنفقها في التدخين (ضعها في حصالة لذلك).
- ضع أهداف واقعية بإمكانك تحقيقها (كالامتناع التام أو الإنقاص التدريجي).
- سجل تقدمك (مدى تحقيق الهدف) في يوميات.
- تابع تقدمك وكافئ نفسك بالمدعم الذي سبق لك تحديده.
- حدد ودوِّن المواقف (الأماكن والحالات المزاجية) التي تجعلك تفكر في السجائر وتجنبها بأن تشغل نفسك بأشياء (كالتمارين الرياضية) تبعدك عن السجائر.
- تمتع بغذاءك وجرِّب أعشاب أو توابل تساعد على تحسن حاستي الشم والتذوق، وأشرب ماء كثير لأن ذلك يجعلك تشعر بتحسن وتجنب المشروبات التي تحتوي كميات كبيرة من السكر، تناول

** لمزيد من التفصيل عن هذا الأسلوب؛ انظر : عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠ .

وجبات متوازية ومنظمة على مدى اليوم ومارس التمارين الرياضية www.quit.org.uk .

واستخدام أسلوب مفرد من هذه الأساليب ليس فعالا: إذ لا يحدث إلا إنقاصا قصير المدى في معدل التدخين، ويصبح هذا الإنقاص متوسط المدى إذا أصبح الأسلوب جزءا من برنامج متعدد الأساليب كالمزاوجة بين أساليب التحكم الذاتي وأسلوب التنفير بالتدخين السريع، والتي أدت – كما تكشف البحوث (Best; et al., ١٩٧٧) – إلى معدل امتناع يزيد على ٥٠% لمدة ستة شهور، أو المزاوجة بينها وبين ممارسة التمارين الرياضية والتي تزيد من فرص الامتناع عن التدخين، وقد أعد المركز البريطاني للتدخين والصحة ASH برنامجًا لمدة ستة أسابيع لتمارين رياضية متدرجة المستوى بحيث تناسب كل فرد لحالة النشاط البدني لديه، ومن خلاله يتم استعادة الرئتين والدورة الدموية لصحتها وهما أكثر الأجزاء تضررًا بالتدخين. أو المزاوجة بينها وبين أسلوب العلاج بالتنبيه البيئي المقيد Restricted Environmental Stmulation والذي يهدف إلى دفع الفرد إلى تغيير اتجاهه وسلوكه المحبذ للتدخين من خلال تقليل المنبهات البيئية المدعمة لهذا الاتجاه أو السلوك، وقد أدت هذه المزاوجة إلى معدل امتناع عن التدخين بلغ ٧٣% لمدة ستة شهور، ٥٣% لمدة سنة (Best & Sudfield, ١٩٨٢) وتدعم ذلك دراسة أجراها مؤخرا "همريكاس" Hennrikus وزملاؤه (٢٠٠٥) حيث تتبعوا ٢٠٩٥ مريضا أودعوا المستشفيات ، وتكشف نتائج هذه المتابعة أن الإيداع في المستشفى – كبيئة محظور فيها التدخين – يزيد معدلات الامتناع عن التدخين.

وتعد مثل هذه الأساليب قنطرة الوصل بين الأساليب الفارماكولوجية وأساليب التنفير أو بالأحرى البرامج التي تتم داخل العيادة وبين برامج الصحة العامة التي تتم في الميدان (المدارس وأماكن العمل ... وما شابه) وهذه الخاصية تجعل من أساليب التحكم الذاتي أكثر انتشارا لسهولة تنفيذها، ولأنها أقل تكلفة *، كما أنه يحقق نسب امتناع أعلى وأطول أمدا؛ لأنه ينقل البرامج العيادية المركزة ** إلى ملايين المدخنين،

* فقد قدر أحد الباحثين أنه يكلف المدخن الأمريكي ما بين ٣٨-٩٠ دولارا بينما تكلفة جلسات الامتناع في العيادات المتخصصة ما بين ٢٣٥- ٤٤٠ دولارا (Currg, ١٩٩٣) .

** التي تتم أساسا بشكل فردي أي مع مدخن مفرد .

أضف إلى ذلك أنه بإمكان كل مدخن منهم أن يطوعه وفق احتياجاته وظروفه (Currg, ١٩٩٣) .

ومع كل هذا فإن التقويم الموضوعي لفعالية هذه الأساليب يواجه صعوبات منهجية عديدة أهمها مشكلات تتعلق بصدق أدواتها، وافتقاد النتائج للاتساق، كما أن الذين يستخدمون هذه الأساليب ليسوا الأفضل لتقويم هذه الفعالية ؛ لأنهم غالبا من كبار السن أو ممن يدخنون بكثافة الأكثر إدمانا علي النيكوتين والأقل ثقة بالذات مقارنة بأفراد الجمهور العام (المرجع السابق).

٤- التحكم في معدل التدخين :-

لما كان الامتناع التام عن التدخين يمثل هدفا غير واقعي بالنسبة لكثير من المدخنين، فإن الباحثين يسعون لمساعدتهم على إنقاص معدل استهلاكهم من السجائر، والذي قد يؤدي على المدى البعيد إلى الامتناع، ويكون هذا الإنقاص حادا أو تدريجيا أي قد ينقص المدخن – على سبيل المثال – عدد السجائر التي يدخنها من عشرين سيجارة إلى عشر سجائر مرة واحدة، أو يتدرج من ٢٠ إلى ١٨ إلى ١٦ وهكذا، حتى يمتنع تماما عن التدخين بعد فترة من الزمن، وقد يصاحب هذا الإنقاص عائد (أو رجعة استجابة) أو معلومات يتلقاها الفرد عن معدل "النيكوتين" في الدم وكذلك تغييرات في أوكسيد الكربون، أو لا يصحبه عائد كما قد يكون هذا الإنقاص في عدد السجائر الذي يدخنه الفرد يوميا أو في القدر الذي يدخنه من كل سيجارة وتشير نتائج البحوث (Glasgow et al ١٩٨٩) إلى فعالية نسبية للإنقاص التدريجي سواء صاحبه عائد (رجعة استجابة) أو لم يصحبه، إذ حافظ ١٥% ، ٢١% من الألمان والأمريكان – على التوالي – الذين خفضوا معدل تدخينهم، حافظوا على المعدل المنخفض، الذي وصلوا إليه خلال متابعة لمدة سنتين(Floter & Kroger, ٢٠٠٧) وأكثر البرامج ذيوعًا هو ما يركز على استراتيجيات فك الارتباط بين التدخين وعلامات معينة له وهو برنامج إرشادي من سبع جلسات (مدة كل منها ٢٠ – ٣٠ دقيقة) على مدى أسبوعين؛ ثم أسبوعين آخرين للمتابعة، وهو متعدد المراحل بما يناسب كل مدخن وليس شرطًا تتابعها:-

أ- ما قبل التهيؤ للتعرف على مزايا الامتناع عن التدخين.

ب- التهيؤ : معرفة الحقائق حول فشل المحاولات السابقة له أو لغيره وأسباب الفشل وكيفية التعامل معها.

جـ- الإعداد : الجهوزية للامتناع بتعلم طرق المحافظة عليه وكيفية طلب المساعدة وممن .

د- الفعل : الامتناع الفعلي ومراجعة خططه وكافئ نفسك على تقدمك.

هـ- المحافظة : أنت حر من التدخين فكر فيما هو ممتع غير التدخين وذكرّ نفسك بمزايا الامتناع عن التدخين. (USDHHS, ٢٠٠٨)

٥- برامج الصحة العامة: -

يعاب على الأساليب المشار إليها سلفا تكلفتها الاقتصادية المرتفعة الناتجة عن التركيز على فرد واحد معتمدا على نموذج (الطبيب – المريض) الذي يتم من خلال علاقة مواجهة حيث يتم تعريض المدخن لإجراءات مكثفة تختلف باختلاف الأساس النظري لكل معالج، مما أدى إلى ابتعاد أكثر من ثلثي – كما تكشف البحوث – الراغبين في الامتناع عن التدخين عن الانضمام لجلسات منع التدخين من خلال أحد تلك الأساليب، لذلك لجأ الباحثون إلى تعريف المدخن بأساليب يمكنه التعامل معها بمفرده دون الحاجة لمعالج متخصص أو للانضمام إلى برنامج معين، وتتمثل هذه الأساليب في : -

(أ) طبع الأساليب الخمسة السالف ذكرها في كتيبات أو تسجيلها علي أشرطة (كاسيت أو أقراص CD) يمكن للمدخن الراغب في الامتناع أن يقرأها (أو يستمع إليها) وقتما شاء، ولا يوجد بحوث تقوم هذه الإجراء.

(ب) أسلوب آخر، يتمثل في تقديم تلك الأساليب المقننة من خلال تخاطب بالمواجهة يستهدف جماعة بعينها، توضع خصال أفرادها في الحسبان، وتكشف نتائج البحوث عن فعالية نسبية لهذا التقديم، لكنها أقل كثيرا من فعالية تقديم تلك الأساليب بشكل فردي وفق نموذج (الطبيب- المريض) ويرجع ذلك إلى الاختلاف بين الموقفين: موقف العلاج في العيادة وموقف التخاطب بالمواجهة ،

يؤدي إلي تأثير ناتج عن تفاعل خصائص المضمون مع خصائص سياق كل من الموقفين.

ويعد برنامج الخمسة أيام (بواقع جلسة يومية تستغرق ما بين ساعة ونصف وساعتين) أكثر برامج هذا الأسلوب شهرة والذي ذاع صيته منذ أواخر الستينيات، وهو برنامج يركز على تغيير الاتجاهات والمعتقدات المحبذة للتدخين والمتعلقة بآثاره الانسحابية.

وتتمثل خطوات هذا البرنامج في أن يقرر الفرد تحديد يوم يقوم فيه بالامتناع عن التدخين، ويهيئ نفسه لاستقبال هذا اليوم وبشكل متدرج على مدى خمسة أيام تسبقه كما يلي : -

- **اليوم الخامس قبل يوم الامتناع :-**
  - فكر في دواعي امتناعك عن التدخين.
  - أخبر أقاربك وأصدقاءك بموعدك هذا .
  - توقف عن شراء السجائر .
- **اليوم الرابع قبل يوم الامتناع :-**
  - انتبه : متى تدخن ولماذا ؟
  - فكر في شيء تضعه بين أصابعك بديلا للسجائر.
  - فكر في عاداتك المرتبطة بالتدخين وينبغي تغييرها.
- **اليوم الثالث قبل يوم الامتناع :-**
  - فكر فيما تنفق المال الذي كان مخصصا لشراء السجائر.
  - فكر فيمن تلجأ إليه عندما تحتاج المساعدة .
- **اليوم الثاني قبل يوم الامتناع :-**
  - يمكنك شراء بديلات النيكوتين ، أو استشارة الطبيب في ذلك.
- **اليوم السابق مباشرة علي يوم الامتناع :-**
  - تخلص من السجائر والثقاب.
  - نظف ملابسك من رائحة تدخين السجائر.

- **يوم الامتناع عن التدخين :-**
    - احرص أن تكون مشغولا جدا هذا اليوم.
    - ذكر أقاربك وأصدقاءك بأن هذا هو يوم بدء الامتناع عن التدخين.
    - تلق معالجة أو أفعل شيئا ذا خصوصية.
- **أنت الآن حر من التدخين**، وإذا حدث وعاودت التدخين، حدد موعدًا جديدًا، وأعد الكرة مع الاستعانة بمجموعة تساندك في ظل تناول أكل صحي وممارسة تمارين رياضية.

www.surgeongeneral.gov.topacco/٥daybook

ويصعب الاعتماد على نتائج هذا البرنامج لعدم إمكانية المقارنة بين المتعرضين له والمجموعات الضابطة، كما أن معدلات الامتناع تستند إلى تقرير ذاتي (أي أن يذكر الفرد أنه قد امتنع) من الممتنعين، وهذا التقرير مشكوك فيه وقد قدم هذا البرنامج في مصر خلال شهر نوفمبر عام ١٩٨٦ حينما زارها "أريوا شميث" رئيس جمعية الاعتدال الدولية لمكافحة المسكرات والتدخين .

(ج) بث حملات تدعو – من خلال وسائل الإعلام وخصوصا التليفزيون* – إلى الامتناع عن تدخين السجائر بعرض متكرر لرسائل مضادة للتدخين تتضمن معلومات تصف مدى خطورته، تبين أسبابه ومترتباته، وتصف – أيضا – كيفية تجنبه، ويتم التعبير عنها بنبرة انفعالية لا تخلو من حقائق أو أدلة واقعية تبرز الآثار المترتبة على عدم تبني توصيات هذه الرسائل وكلما تضمنت هذه الحملات تخويفًا شديدًا من أضرار التدخين كلما كانت فعالة، فبعد ثلاثة شهور من التعرض لها أدى المستوى المرتفع من التهديد إلى معدل امتناع

* أكثر حملات منع التدخين إمتاعًا منذ عرفت السجائر هي الحملة التي أطلقها المكتب السويسري للصحة العامة منذ أكتوبر ١٩٩٩ وعنوانها : "أسلوب حياة ولد Life style is born" وتركز على كيف يبدأ الفرد عادة جديدة – هي الامتناع عن التدخين – في المناسبات السعيدة ، وفيها يتم توظيف التليفزيون والإنترنت والتليفون والمطبوعات ويسّجل الراغب نفسه على صفحة الحملة في الإنترنت محددًا المواقف الخاصة به ويحدد عبر الإنترنت موعده للامتناع وكذلك تقريره عن نجاح المحاولة أو فشلها (Klingemann & Klingemann, ٢٠٠٧) .

٢٢% في مقابل ٧% للمستوى المنخفض وإلى معدل امتناع ١٨,٨% في مقابل صفر بعد سنة من هذا التعرض.

وتبرز البحوث أن هذه الفعالية للمستوى المرتفع تتمثل في : -

- سرعة تأثر الأفراد بالتهديد المتضمن في الرسالة .
- اتجاه ونية سلبية نحو موضوع التهديد (تدخين السجائر).
- اتجاه ونية إيجابية نحو الفعل الذي يخفض مستوى الخوف (الامتناع عن التدخين).

أي أن الرسائل الأكثر تهديدا (ذات المستوى المرتفع من الخوف المستثار) تستثير – المقارنة بالرسائل الأقل تهديدا – عددا من الظروف النفسية الضرورية لإنقاص معدل إصدار السلوك الخطر (التدخين)، ومع ذلك يذكر الأفراد تأثيرا في معتقداتهم ونياتهم للفعل في المستقبل، ولا يبدون هذا التأثير فيما يفعلونه الآن فعلا .

لذلك يوصى الباحثون بضرورة أن تركز الرسالة على السلوك غير المرغوب (عدم التدخين) وعلى الأفعال المفصلة التي تمكن الفرد من تنظيم الظروف الخارجية المشجعة على التدخين للتحكم في سلوك التدخين فالبحوث تبين أن من تلقوا رسائل تبرز هذه الأفعال قد أظهروا إنقاصًا واضحًا في معدلات تدخينهم أثناء تتبعهم لمدة ثلاثة شهور، وكان تقديم هذه الأفعال بمفردها – دون إثارة الخوف – غير فعال، وهو ما يؤكد حاجة هذه الحملات الإعلامية إلى برامج توعية ذات مضمون عياني – وليس من خلال مفاهيم مجردة – يوضح متى وكيف يكون الامتناع عن التدخين.

ويعد افتقار الحملات التي تبنتها وسائل الإعلام في الفترة الماضية إلى مثل هذا المضمون أحد أسباب فعاليتها المحدودة، ويضاف إليه اختلاف الاستجابة لهذه الحملات باختلاف المتغيرات التي قد يتضمنها موقف الاستمالة Persuasion وهو موقف شديد التعقيد يتسم بالتفاعل

المتبادل بين متغيراته، مما يستوجب أن يوضع في الحسبان عددا كبيرا من متغيرات المصدر ورسالته ومن يتلقاها والسياق الذي تقدم فيه* .

(د) إتباع عادات صحية :-

تكشف دراسات عدة أن هناك علاقة سلبية بين التدخين والسلوك الغذائي والحركي ؛ إذ يقترن معدل التدخين بسلوك غذائي غير صحي (من حيث كمية الوجبة وتكرارها) وبممارسة أقل لتمارين رياضية (Wilson; Smith, Speizer, et al., ٢٠٠٤).

وفي هذا الصدد يقول "لينس بولنج " – أستاذ كيمياء أمريكي – أن أفضل وسيلة للإقلاع عن التدخين هي أن يتناول المدخن برتقالة كلما شعر برغبة ملحة في التدخين ففي تجربة تبين منها أن تناول البرتقال بانتظام لمدة ثلاثة أسابيع يساعد على الإقلاع؛ فقد أقلع فعلا ٢٠% من المشاركين في التجربة وخفض ٧٩% منهم عدد السجائر المدخنة يوميا (مجلة نصف الدنيا ع: ٧٧٧ في ٢/ ١/ ٢٠٠٥ ص ص ١٣٦- ١٣٧).

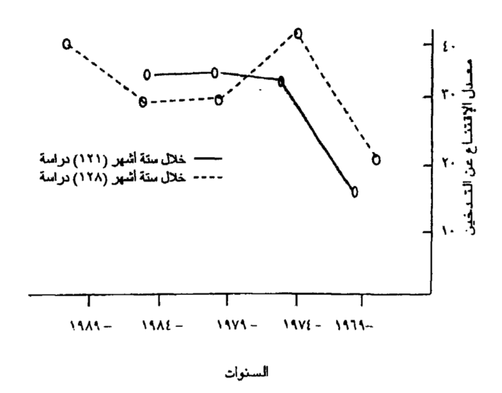
---

* قدم كل من : عبد المنعم شحاتة (١٩٨٨؛ ١٩٩٥) و(ماكجواير) Mcguire (١٩٨٥) عرضا لهذه المتغيرات ، والتفاعل بينها وبين آثار خوف المتلقي والتفسيرات المقدمة لفعالية هذه الآثار.

ثالثا: أساليب الوقاية من الانتكاس : -

تكشف بحوث عدة (استعرضها : ٢٠٠٧ ; Floter & Kroger, ; Lichtenstein & Glasgow, ١٩٩٢; McEwen, et al, ٢٠٠٦: ٦٧-٦٨ . (Kamrack & Lichtentein,١٩٨٥

عن فعالية محدودة لبرامج الامتناع عن التدخين ؛ إذ لا تتجاوز نسبة نجاح أي منها ٤٠% خلال الشهور الستة الأولى من بدء تلقيها، تنخفض إلى دون الـ ٢٠% بعد ذلك (انظر شكل ١٩) . وهناك مؤشران لهذه الفعالية المحدودة هما :-



شكل (١٩) متوسط معدلات الامتناع الناتجة عن البرامج التي تساعد في ذلك نقلا عن (Shifman,١٩٩٣a)

١- ارتفاع معدلات الانتكاس أي معاودة التدخين – ولو بمعدل منخفض جدًا – بعد امتناع عنه لفترة من الزمن، ويكون أعلى معدل انتكاس خلال الأيام الأولى لبدء محاولة الامتناع ، تقل بعدها احتمالات الانتكاس هذه كما يوضح شكل (٢٠) .

شكل (٢٠) معدلات الانتكاس بعد الامتناع عن التدخين

(نقلاً عن : West & Shiffman في : McEwen, et al, ٢٠٠٦: ٦٧)

٢- تزايد نسبة الذين يعتمدون على أنفسهم عند محاولة الامتناع عن التدخين، حيث كان يطلب المساعدة (ولو من الأسرة أو الأصدقاء) ١٥% فقط سنة ١٩٩٠، زادو مؤخرًا إلى ٣٠% بعد تطوير أساليب معالجة إدمان النيكوتين، أي أن طلب المساعدة زاد في العقد الأخير إلا أن العدد الأكبر من محاولي الامتناع لازالوا يعتمدون على أنفسهم *، فالتقديرات تكشف أن حوالي ٩٠% من المدخنين السابقين امتنعوا عن التدخين بمفردهم .

وإزاء ارتفاع معدلات الانتكاس ومحاولة من الباحثين زيادة فعالية أساليب المعالجة اتبعوا عدة طرق منها : -

* تكشف عدة بحوث أن محاولي الامتناع عن التدخين ممن لا يتلقون مساعدة أثناء محاولتهم يكررون المحاولة ما بين ١٠ و ١٤ مرة قبل أن ينجحوا في الامتناع وأن معدل نجاحهم منخفض للغاية (٣ – ٥%) وأنه يتطلب مستوى تعليم مرتفع ودرجة أعلى من الإحساس بفعالية الذات (ثقة في القدرة على النجاح) ومعدل تدخين سابق على المحاولة يكون منخفضا (Floter & Kroger, ٢٠٠٧)

١- الجمع بين أكثر من أسلوب منها لمساعدة المدخن الواحد (USDHHS, ٢٠٠٨ ; Shffman, ١٩٩٣a) .

٢- إطالة مدة المتابعة عن الفترة المعتادة (وتتراوح من ٦ إلى ١٢ شهر) عن طريق المكالمات التليفونية أو البريد الإلكتروني أو المقابلة المنتظمة والدورية وجها لوجه (McEwen; et al., ٢٠٠٦; Gurg,١٩٩٣).

٣- تشجيع الممتنعين عن التدخين بإتباع كلا من : -

أ- إبعاد السجائر، فكون السجائر متاحة للممتنع ستزيد من رغبته في التدخين وتضعف قدرته على مواصلة الامتناع ،ويندرج في هذا الإطار الابتعاد عن صحبة المدخنين.

ب- الاحتفاظ بأقراص من العلاج الدوائي معه دائمًا بحيث يتعاطاها قبل تدخين سيجارة إذا ما عاودته الرغبة في التدخين وفشل في مقاومتها.

جـ- تدريب الممتنع أثناء المعالجة وخلال المتابعة على تحديد المواقف والحالات الانفعالية (كضغوط العمل – والخلاف مع المحيطين – وفقد عزيز – والإحساس بالفراغ – و ...الخ) وترتيبها وفقًا لدرجة تأثره بها وإضعاف قدرته على مواصلة الامتناع وتدريبه على كيفية تجنبها أو التعامل الكفء معها.

د- تشكيل جماعات مساندة تقدم الدعم المعنوي للممتنع ، تذكره بأسباب امتناعه وتذكره بمضار التدخين ومزايا استمرار الامتناع (صحيًا واقتصاديًا) وتنشط دافعيته للاستمرار في الامتناع.

ولا توجد أدلة تدعم استراتيجية بعينها للوقاية من الانتكاس، كما أن البحوث القليلة التي أجريت لهذا الغرض تعاني من أوجه قصور منهجية منها: تحديد عدد جلسات المعالجة ومدى تكثيفها أو تباعدها – تداخل التاريخ المرضي للممتنعين عن التدخين فمنهم من سبق لهم تلقي معالجات عدة ومنهم لم يسبق لهم مما يحدث اختلاطًا في الآثار، ومنهم من يدخن بشراهة ومنهم من يدخن بمعدل منخفض (MCEwen; et al., ٢٠٠٦: ٦٨; Sobell, ٢٠٠٧) .

تقويم أساليب الامتناع السابقة :-

خلاصة القول أن علماء النفس حاولوا توظيف بعض نظريات التعلم (مثل: التشريط الكلاسيكي والتشريط الأدائي .. الخ) في تطوير أساليب تمكنهم من مساعدة المدخنين على الامتناع؛ ومع إن نتائج البحوث تكشف عن تناقص واضح في معدلات التدخين أثناء التعرض لهذه الأساليب، إلا أنها تكشف أيضا عن معدلات انتكاس مرتفعة نسبيا؛ إذ تنجح هذه الأساليب في مساعدة المدخنين على الامتناع، لكنها تفشل في مساعدتهم على استمرار امتناعهم، كما لا توجد فروق ملحوظة بين البرامج المختلفة في معدلات الامتناع أو الانتكاس هذه على الرغم من اختلاف بين تلك الأساليب – وكما سبق التوضيح – في المبادئ النظرية، وإجراءات الأداء.

ومن أهم أسباب الفعالية المحدودة لهذه الأساليب:

أولا : إغفالها عددا من المتغيرات والعمليات النفسية الاجتماعية، خصوصا القيم والمعايير الاجتماعية، المعقدة التي تتوسط بين التعرض لأحد – أو أكثر- هذه الأساليب والاستجابة لها، فمثلا لم يوجه الانتباه إلى دور متغيرات مثل العمر والتعليم والنوع ... الخ في معدلات الانتكاس المرتفعة وسريعة الظهور، أو حتى في مدى إكمال المدخنين، أو عدم إكمالهم، التعرض لأحد – أو أكثر – هذه الأساليب . (Leventhal; et al., ١٩٨٥)

ثانيا: لم تضع هذه الأساليب في حسبانها الفروق الفردية بين المدخنين في درجة الاعتماد على "النيكوتين" مثلا أو في تحديد – قدر الإمكان – دلالات التدخين ومعناه والوظائف التي يقدمها لكل مدخن، وخصوصا وأن معلوماتنا عنها ضئيلة وذات طبيعة ارتباطية غالبا، كما أن القليل من الانتباه يوجه لدراسة الآليات الأساسية – الاجتماعية والنفسية والفسيولوجية – التي تجعل من الشخص غير المدخن منتظما في التدخين والتي تسهم في فشل محاولاته للامتناع .(Hirschman; et al., ١٩٨٤)

ثالثا : تركز الأساليب السابق الإشارة إليها على أضرار التدخين، دون أن تبرز فوائد عدم التدخين،على الرغم من أهمية ذلك؛ إذ تؤكد البحوث (Leventhal & cleary, ١٩٨٠) . أن الأفراد لا يتخذون قرارا بالامتناع عن التدخين خوفا من مترتباته فحسب، بل أيضا لتوقعاتهم المتزايدة

بمزايا عدم التدخين، وهذا ما تركز عليه البرامج مؤخرًا. ويوضحها جدول (٣) .

جدول (٣) المزايا الصحية للامتناع عن التدخين

المدة بعد اخر سيجارة	التأثير الصحي
٢٠ دقيقة	يعود ضغط الدم ونبض القلب إلى معدله ، وتتحسن الدورة الدموية في الأطراف.
٨ ساعات	يقل تركيز النيكوتين واكاسيد الكربون في الدم إلى النصف ويعود الأوكسجين إلى معدله.
٢٤ ساعة	تضاؤل اكاسيد الكربون في الجسم وتتخلص الرئتان من المخاط والعناصر الأخرى ويتضاءل احتمال الإصابة بالذبحة الصدرية.
٤٨ ساعة	لا نيكوتين في الدم وبدء تحسن حاستي التذوق والشم.
٧٢ ساعة	يصبح التنفس اسهل وتزايد معدل الطاقة بالجسم .
١-١٢ اسبوع	تحسن الدورة الدموية يجعل المشي والجري اسهل.
٣- ٩ اشهر	اختفاء مشاكل التنفس كالسعال، وتزايد المناعة المكتسبة (نقل احتمالات العدوى).
سنة	احتمالات الإصابة بامراض القلب تنخفض إلى النصف.
٥ سنوات	احتمالات الإصابة بسرطان الرئة او الفم تقل إلى نصف ما كانت عليه قبل الامتناع .
١٠ سنوات	يصبح احتمال الإصابة بالسرطان مماثل لمن لم يسبق له التدخين حيث تم إحلال خلايا جديدة.
١٥ سنة	تصبح حالتك الصحية العامة كمن لم يسبق له التدخين.

رابعا: أضف إلى ذلك صعوبة منهجية تواجه بحوث تقويم فعالية أساليب تعديل سلوك التدخين، تتضح في صعوبة التحقق من صدق هذه الفاعلية، فأسلوب التقرير الذاتي (أي أن يذكر الفرد إنه قد امتنع) مشكوك فيه، لذا يتطلب الأمر الاستعانة بمؤشرات فسيولوجية تتمثل في إجراء تحليل دوري منتظم للزفير وللبول (كل ١٢ساعة؛ إذ يختفي النيكوتين من بول المدخن بعد مرور اثنتى عشرة ساعة على تدخين آخر سيجارة) وللدم (كل ٣٠ ساعة) (Garvik, ١٩٧٩) ، كما توجد صعوبات منهجية أخرى تتمثل في عدم انتظام المتابعة وعدم تصنيف الممتنعين حسب نوع التبغ (المنتج) ومدة الامتناع والدافعية له (Lichtenstein & Glasgow, ١٩٨٠) .

خامسا : وأخيرا تؤكد البحوث (Pechacek. ١٩٧٩) أن ثلث الراغبين في الامتناع عن التدخين هم الذين ينضمون لبرامج منع التدخين (فردية كانت أو جماعية)، وأن بعضهم لا يكتمل تعرضهم للبرنامج الذي اختاروه ، إذ ينصرفون عنه قبل إتمامه، وهو ما يدعو إلى إجراء

بحوث تحدد أي الأساليب أكثر جاذبية للراغبين في الامتناع عن التدخين، ثم طبع الأساليب الأكثر جاذبية في كتيبات أو تقديمها عبر وسائل الإعلام المسموعة والمرئية أو عبر شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) بشكل يتيح لهؤلاء الراغبين تعلم خبرة الامتناع.

ومع كل ما سبق، مازالت الحاجة ماسة لبرامج تعديل سلوك التدخين حيث لازال هناك : -

(أ) نسبة لا يستهان بها من المدخنين بكثافة والمعتمدين على النيكوتين يحتاجون لتدخل مركز.

(ب) مازال المنحى العيادي في تعديل سلوك التدخين يقدم نفسه كمنحى يتصف بالتوجه العلمي المنظم (Shifman, ١٩٩٣) .

(ج) يمكن زيادة فعالية هذا المنحى بتحقيق التكامل بينه وبين منحى الصحة العامة، وتوظيف التفاعل بين عناصر المنحيين لزيادة فعالية التدخل لمنع التدخين، أضف إلى ذلك إمكانية زيادة هذه الفعالية بواسطة استخدام أدوات فحص صادقة قابلة للتطور، وتحقيق فهم أفضل للمجالات الأساسية التي نستعير منها برامج التدخل (المرجع نفسه).

الفصل الخامس
الوقاية من بدء التدخين

الفصل الخامس
الوقاية من بدء التدخين

أهمية الوقاية من بدء التدخين

منذ اكتشاف علاقة تدخين السجائر بالعديد من الأمراض صعبة العلاج مثل السرطان وأمراض القلب، تتزايد الرغبة في الامتناع عنه، ليس كوسيلة للحد من انتشار هذه الأمراض فحسب، وإنما – أيضا – للتقليل من مصادر تلوث البيئة الذي يهدد الحياة على الكرة الأرضية .

ولتحقيق هذه الرغبة، سعى علماء النفس إلى تصميم وتطوير أساليب تمكنهم من التحكم في سلوك تدخين السجائر، وتركز هدفهم – ابتداءً – في إعداد برامج تدخل فردي interventions تساعد المدخنين على الامتناع تماما عن التدخين، وأدى فشل هذه البرامج في تحقيق الامتناع طويل المدى إلى تزايد الاهتمام بالوقاية من بدء التدخين، وضرورة، تصميم وتطوير برامج تحقق هذه الوقاية؛ لأن الوقاية من الخطر (أي : محاولة منع وقوعه) أفضل كثيرًا من محاولة إنقاصه إذا وقع، وإن وقاية الصغار أكثر فعالية من وقاية الكبار .

ويتم الاهتمام بالوقاية من بدء التدخين في إطار تطور جديد في علم النفس، حيث أدى فشل نماذج التدخين الفردي (مثل: العلاج السلوكي وتعديل السلوك) في تخفيض حدة مشكلات الصحة العقلية إلى ضرورة نقل حلبة التدخل من مستوى الفرد إلى مستوى المجتمع بتطوير برامج تسعى لتقليل معدل الإصابة بالاضطرابات المختلفة (هند طه ، ١٩٨٨ ؛ Heller; et al., ١٩٨٧) ويشكل هذا الاهتمام فرع مستحدث في علم النفس المعاصر، يسمى علم نفس الصحة health psychology - أو طب السلوك behavior medicine – وهو فرع يهتم بدراسة نمطين من السلوك ، ومحددات كل منهما : -

النمط الأول : هو ضروب كل من السلوك الصحي والسلوك الخطر أو الأفعال التي تقي من المرض أو تسببه مثل تناول وجبة متوازنة والبحث عن الرعاية الطبية، وتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب كالسجائر والمخدرات ... الخ.

النمط الثاني من السلوك : هو كيفية التعايش مع المرض، مثل الاستجابة الانفعالية المترتبة على التشخيص أو اختيار العلاج الطبي المناسب، أو تعلم وممارسة العادات الصحية التي تجعل الحياة خالية من المرض(Leventhal, ١٩٨٦) .

وتعد الوقاية أهم مجالات الفرع الوليد، وتمت استعارة هذا المفهوم من ميدان الصحة العامة في سبعينيات القرن العشرين، فقبل ذلك أهمل علم النفس هذا المجال علي أساس أن العلاج النفسي الفردي هو الطريقة الوحيدة لمساعدة الأشخاص في التغلب على مشكلاتهم المختلفة، إلا أن نظريات الصحة العامة المعاصرة ترى عكس ذلك، فإذا كان العلاج النفسي الفردي يستهدف مساعدة مريض بمفرده، فأن برامج الوقاية تستهدف مجموعة من الأفراد، كما أن العلاج النفسي الفردي يتعامل مع العامل المرضي pathological agent فقط ، بينما ترى برامج الوقاية أن المرض لا يرجع إلى هذا العامل وحده، وإنما يرجع للتفاعل بينه وبين كل من الشخص (بمعتقداته ومشاعره ... الخ) المبتلي به، والبيئة (الفيزيقية والاجتماعية) التي يعيش فيها هذا الشخص، وتتم الوقاية الفعالة من خلال تعديل كل واحد من هذه العناصر الثلاثة (Heller; et al., ١٩٨٨ : ١٧٤-١٧٨; Leventhal; et al., ١٩٨٥)

وتشير الوقاية إلى توظيف المعرفة العلمية – سواء كانت نظرية أو عملية – في تخطيط وتنفيذ البرامج التي تهدف إلى كل من :-

١- إنقاص معدل حدوث المرض، بإنقاص عدد الحالات الجديدة التي يمكن أن تصاب به، وتسمى برامج الوقاية التي تسعى لتحقيق هذا الهدف ب"الوقاية الأولية"، وفي ضوء ذلك، فإن البرامج التي تسعى لمنع الفرد من بدء التدخين بالحيلولة بينه وبين تدخين أية سيجارة تندرج تحت عنوان الوقاية الأولية .

٢- تقليل أمد المرض، بمواجهته في مراحله الأولى، قبل أن ينتشر ويحدث أضرارا بالغة، وتسمى البرامج التي تسعى لتحقيق ذلك "برامج الوقاية الثانوية"، وعلى هذا الأساس فأن البرامج التي تسعى إلى مساعدة الذين جربوا تدخين السجائر على عدم تكرار محاولتهم، تندرج تحت هذا النوع من الوقاية .

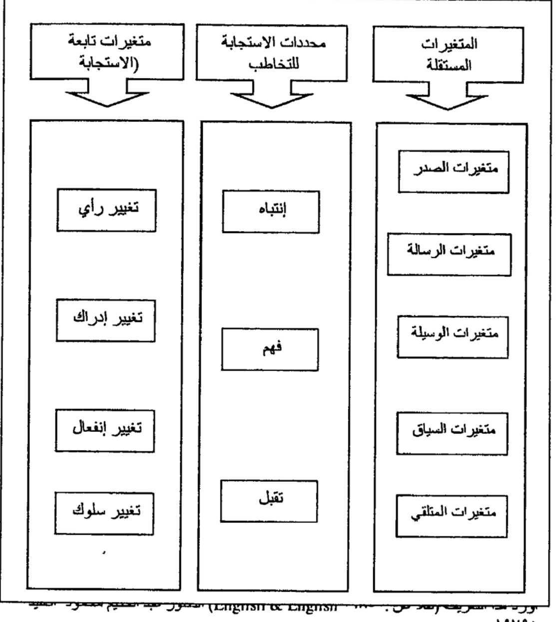
٣- تقليل الأضرار التي يحدثها المرض عندما لا تنجح برامج الوقاية في مواجهته أثناء مراحله المبكرة، فتعمل على تقليل أضراره إلى أدنى درجة ممكنة وتسمى البرامج التي تسعى لذلك ببرامج "الوقاية من المستوى الثالث"، وتعد برامج التدخل لتعديل سلوك التدخين – والتي سبق عرضها في الفصل الرابع – مثال لبرامج هذا النوع من الوقاية.

ولأن البحوث (عبد المنعم شحاتة، ١٩٨٨، ١٩٨٩أ، هند طه، ١٩٨٤؛ Biglan, et al, ١٩٨٤ Evans ١٩٧٦ Fishbein ١٩٨٢) تؤكد أن الاتجاه المحبذ للتدخين محدد مهم ودافع قوي لبدء تدخين السجائر واستمراره وتبريره ، ولأن الاتجاه مدخل رئيس يمكن تعديل السلوك من خلال تغييره (Eagly & Hemmelfarp,١٩٧٨) إذ يتضمن تعريف الاتجاه التسليم بأنه يحث الفرد على إصدار سلوك نحو أو ضد موضوع الاتجاه (عبد المنعم شحاتة، ١٩٨٩ب)، فإن تغيير اتجاهات المراهقين المحبذة لتدخين السجائر، واستبدال هذه الاتجاهات بأخرى منفرة تساعدهم على رفضه ومقاومة المؤثرات المشجعة له، تعد أحدث وأهم الطرق الوقائية الأولية التي يمكن أن تقلل من أعداد الذين يقدمون على بدء التدخين، ويتوقع أن يرتبط نجاح أسلوب تغيير الاتجاه نحو التدخين بالوقاية من بدء التدخين والتي تعد أهم الطرق الفعالة لإنقاص معدل الإصابة بالعديد من الأمراض المرتبطة أو المترتبة على تدخين السجائر.

التخاطب كوسيلة للوقاية :-

ويتم تغيير الاتجاه المحبذ للتدخين – أي الوقاية من بدء التدخين – من خلال أساليب الاتصال (التخاطب) المختلفة، والتخاطب communication هو عملية إرسال واستقبال معلومات وإشارات أو رسائل

ورموز، يتم تبادلها بين الأشخاص بطريقة مباشرة * ويشمل موقف التخاطب عدة متغيرات تتفاعل فيما بينها وتتبادل التأثير، فأي تغيير بأحدها يؤدي لتعديل في العملية ككل * ويوضح الشكل (٢١) هذه المتغيرات التي يمكن تصنيفها إلى ثلاث فئات هي : -



شكل (٢١) متغيرات موقف التخاطب

(English & English ١٩٧٩)

* لمزيد م... البحوث

(انظر : عبد المنعم شحاته ، ١٦٨٥: ١١- ١٦ ؛١٦٦٥; ١٦٨٥ ,McGuire) .

(ل)

(أ) متغيرات مستقلة أو منبهات: وتشمل متغيرات المصدر والرسالة والسياق الذي يقدم فيه التخاطب، الوسيلة التي يقدم من خلالها، والمتلقي الذي يتلقاه.

(ب) محددات الاستجابة للتخاطب التي تشمل العمليات المعرفية الوسيطة بين تلقي الرسالة والاستجابة لها كإدراك وتقويم الرسالة وتعلم واستعادة مضمونها .

(ج) المتغيرات التابعة أو الاستجابة للتخاطب أي تبني ما يدعو إليه أو مقاومته.

وتعد هذه الاستجابة دالة التفاعل بين العوامل السابقة – أي أ ، ب- بالإضافة إلى العوامل التي لم تكتشف حتى الآن (Janis & Havland, ١٩٥٩).

وفي ضوء نظم معالجة المعلومات بواسطة الحاسب الآلي، عدل التصنيف حتى يمكن استخدامه كإطار تصوري لوصف تأثير متغيرات التخاطب المستقلة (مدخلات) علي الاستجابة للتخاطب ومحدداتها (مخرجات) والتي تمثل مراحل الاستمالة persuasion وتشمل اثنتي عشرة عملية وسيطية هي: -

الرغبة في التعرض للتخاطب – والانتباه له – والاهتمام به – وفهم مضمونه – وتوليد معارف تتعلق به – واكتساب مهارات تناسبه – والاتفاق مع الموقف الاتجاهي الذي يدعو إليه – وتخزين هذا الاتفاق (أي التغير في الاتجاه) في الذاكرة – واستعادته منها – واتخاذ قرار استنادًا إلى ما تم استعادته – والفعل طبقا لهذا القرار– والفعل بعد التمسك بالموقف الاتجاهي الجديد (McGeuire, ١٩٨٥) .

هذا عن متغيرات التخاطب، أما أنواعه فيمكن التمييز بينها في ضوء أبعاد معينة مثل : -

أولا : من حيث تواجد المصدر والمتلقي معا في الزمان والمكان وإمكانية مساهمة المتلقي مساهمة فعالة في الموقف، نجد نوعين : -

(أ) تخاطب شخصي أو مباشر أو بالمواجهة face to face حيث يمكن أن يساهم المتلقي مساهمة فعالة كما في: الخطابة – تعليمات مدير لعماله أو مدرب لفريقه ... الخ .

(ب) تخاطب غير مباشر، حيث لا توجد فرصة لمساهمة المتلقي في تشكيل الرسالة كالتخاطب من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية صحافة – وإذاعة – وتليفزيون – وسينما[١] .

وبعد النوع الأول تخاطبا في اتجاهين مما يتيح للمتلقي فرصة المشاركة في تشكيل الرسالة ، ويمكن المصدر من تلقي عائد عن فهم الجمهور لرسالته وبالتالي يحدد مدى حاجتها لزيادة التوضيح، وهو ما يفتقد إليه النوع الثاني الذي يعد تخاطبا في اتجاه واحد فقط .

ثانيا : من حيث المادة الرمزية التي تكون منها مضمون التخاطب نجد نوعين : -

(أ) تخاطب لفظي.

(ب) تخاطب غير لفظي .

ولا توجد وظائف لهذا النوع من التخاطب، وأخرى لذاك، وإنما يتفاعلان معا بحيث يتكاملان، ولاسيما إذا تناول التخاطب موضوعا ذا بطانة involved وجدانية، حيث تلعب الهاديات غير اللفظية دورًا بارزًا في تحديد إطار الرسالة وفكرتها العامة، وتكشف عن اهتمامات واتجاهات مصدرها، وتنظيم مخاطبته للمتلقي أو مخاطبة المتلقي له (إذا كان تخاطبا بالمواجهة) وتضفي بعدا إغرانيًا على هذه المخاطبة (Gamesion, ١٩٨٥ :١٥٨; Knapp, ١٩٨٠ ١١- ١٢- ٢٢٠) .

---

[١] يشكل الانترنت الان وسيلة تخاطب يتحقق من خلالها اتصال مباشر أو غير مباشر في الوقت ذاته.

ويعد الكشف عن فعالية الرسائل التي صممت بهدف إثارة خوف المتلقي أكثر مجالات البحث في ميدان التخاطب ارتباطا بإعداد برامج الوقاية من بدء التدخين، وتتكون هذه الرسائل من جزءين رئيسيين :

١- معلومات تصف مدى خطورة سلوك يصدره الفرد وتشمل هذه المعلومات أسباب إصدار هذا السلوك ومترتباته.

٢- معلومات تصف كيفية تجنب هذا السلوك الخطر، أي التوصيات التي تقدمها الرسالة.

ويتم التعبير عن المعلومات المتضمنة في الجزءين بنبرة انفعالية لا تخلو من حقائق أو أدلة واقعية عن الآثار المترتبة على عدم تبني توصيات الرسالة (Leventhal, ١٩٧٠) .

وتكشف البحوث * أن مستوى الخوف المرتفع أكثر فعالية من المستوى المنخفض، وتتمثل هذه الفعالية في كل من :-

١- سرعة تأثر المبحوثين بالتهديد المتضمن في الرسالة.

٢- اتجاه ونية سلبية نحو موضوع التهديد (تدخين السجائر).

٣- اتجاه ونية إيجابية نحو الفعل الذي يخفض مستوى الخوف (الامتناع عن التدخين).

أي أن الرسائل الأكثر تهديدا تستثير – بالمقارنة بالرسائل الأقل تهديدا – عددا من الظروف النفسية الضرورية لإنقاص معدل إصدار السلوك الخطر، مع ذلك يظهر المبحوثون تأثيرا في معتقداتهم ونياتهم للفعل في المستقبل، ولا يبدون هذا التأثير فيما يفعلونه الآن فعلا، لذلك يوصي الباحثون بضرورة أن تركز الرسالة على الأفعال النوعية المرغوبة (عدم التدخين) والتي يمكن بها تجنب مترتبات الخوف المستثار والتي تمكن المتلقي من تنظيم الظروف الخارجية المشجعة على تدخين

---

* عرض نتائج هذه البحوث كل من : (Fishpein & Ajzen, ١٩٧٥ ; ٥٠٢; Leventhal, ١٩٧٠; ١٩٨٧; Leventhal & Cleary, ١٩٨٠; Sution, ١٩٨٢)

السجائر، كما يجب أن تحدد الرسالة مدى حدوث الحدث المؤلم – الذي تهدد به الرسالة – إذا لم يقبل المتلقي توصياتها .

ويذكر الباحثون أن عددا من المتغيرات يزيد من فعالية مستوى الخوف المرتفع، منها :- وضع توصيات الرسالة في نهايتها – وكون المتلقون مرتفعي الدرجة علي مقياس تقدير الذات – وكون الرسالة تتناول موضوعات صحية أكثر خطورة – وكون هدف الرسالة هو تغيير اتجاه المتلقي، وليس تهيئته لمقاومة الدعاية المضادة – ومدى الوقت الفاصل بين عرض الرسالة والقياس البعدي، فكلما قصر هذا الوقت زادت الفاعلية، وذلك لتلاشي آثار الخوف بمرور الوقت.

خلاصة القول: إن البحوث تكشف عن فعالية نسبية لمنع الأفراد من إصدار سلوك خطر صحيا (كالتدخين) عن طريق تغيير اتجاهاتهم المحبذة لهذا السلوك من خلال التلويح بمترتباته المستهجنة والمؤلمة، وإن هناك عددا من المتغيرات تلعب دورا معدلا لهذه الفعالية، وهي فعالية يرى بعض الباحثين أنها لا ترجع إلى إثارة الخوف بقدر ما ترجع إلى عوامل أخرى (مثل: التشريط – قابلية الاتجاهات للتغير نتيجة التوقع أي تغيير عابر.... الخ) اختلفوا في تحديدها *

بحوث الوقاية من بدء التدخين

وهكذا وظف تراث بحوث تغيير الاتجاه من خلال التخاطب، والمبادئ النظرية التي كشفت عنها، في وقاية المراهقين من بدء التدخين بواسطة تغيير اتجاهاتهم المحبذة للتدخين والمشجعة على بدئه واستمراره بأخرى تساعد على رفضه واستهجانه، وتكتسب هذه الوقاية أهميتها في ظل فشل برامج الامتناع عن التدخين في تحقيق أهدافها؛ إذ تظهر المراجعات لهذه البرامج أنه : -

* لمزيد من التفصيل حول فعالية الرسائل المثيرة لخوف المتلقي، والدور المعدل لبعض المتغيرات في هذه الفعالية، والتفسيرات النظرية المطروحة لها، انظر: عبد المنعم شحاتة، ١٩٩٥؛ ١٩٨٨: ٢٦-٣٦ .

١- يرغب أغلب المدخنين في الامتناع عن التدخين (تقدر إحدى المراجعات بـ ٨٠% (Sapol; et al., ١٩٩٩) ومعظمهم حاول ذلك بنفسه أو بمساعده من هذا البرامج .

٢- تحدث هذه البرامج التغيير في سلوك التدخين على مراحل تشمل : ترجمة الرغبة في الامتناع أي توقف فعلى عن التدخين – ترسيخ هذا التوقف (الامتناع لمدة شهر) – المحافظة على استمرار الامتناع (Blanchard, ١٩٩٤) .

٣- فعالية هذه البرامج منخفضة، إذ معدل معاودة التدخين بعد امتناع ناتج عن تلقيها يصل إلى ٨٠% حتى في ظل استخدام برامج جيدة التخطيط أو حتى في حال مزاوجتها إما مع بدائل بيوكيميائية للنيكوتين، وإما النيكوتين الممضوغ (العلكة) gum ، وإما تقنية إعطاء النيكوتين عن طريق الجلد transdermal (Shfman, ١٩٩٣) مما يمثل فشلا لهذه البرامج.

ويرى الباحثون أن احد أسباب هذا الفشل هو التأكيد المتزايد لدور الوراثة في سلوك التدخين – وما يماثله من ضروب الاعتماد المختلفة الضارة بالصحة – فالبحوث تبرز مؤشرين لهذا الدور:-

أ- يمثل أولهما أدلة تثبت أن العامل الوراثي مسئول عن تفسير ما بين ٥٠% و ٧٩% من تباين سلوك التدخين، وقد استمدت التقديرات من دراسات أجريت بمشاركة توائم متماثلة؛ أجرى لبعضها– وتشمل ألف زوج من هذه التوائم – تحليل Metaanalysis لاحق (Heath & Hadden, ١٩٩٥; lerman et al., ١٩٩٩)

ب- ويشكل المؤشر الثاني ما كشفت عنه بحوث أجريت مؤخرا عن علاقة بين تغيرات في تركيز الدوباميين dopamine (بسبب صبغية ناقلة تسمى SLC٦A٣-٩) ونقص الرغبة في التدخين، وتشير البحوث إلى مصدرين لهذه العلاقة :-

١- تفاعل هذه الصبغية مع صبغية DRD٢-A٢ إذ يؤكد تحليل الانحدار لبيانات من المدخنين (عددهم ٢٨٩ فردًا) وغير مدخنين (٢٣٣)

وجود هذه التفاعل ، وأنه يزيد احتمال كون الفرد غير مدخن، وإذا حاول التدخين فإن محاولته تكون بعد سن ١٦ سنة (Lerman; et al., ١٩٩٩) .

٢- أن التغيرات في الدوبامين (بسبب صبغية SLC٦A٣-٩) ترتبط بانخفاض الميل إلى البحث عن الجديد، هذا الميل الذي يرتبط ارتفاعه ارتباطا شديدا بالرغبة في التدخين نتيجة إدراك أن السجائر تقدم هذا الجديد (Sapol; et al., ١٩٩٩) لذا ينظر المدخنون إلى النيكوتين كوسيلة للتحكم في حالتهم المزاجية والاحتفاظ بشعور عادي، إنه وسيلتهم للتخلص من الشعور السيئ الذي ينتابهم بين تدخين سيجارة وأخرى (Parrott, ١٩٩٩).

ويرى باحثون آخرون أن معاودة التدخين بعد امتناع عنه ترجع في المقام الأول إلى عوامل السياق النفسي الاجتماعي المحيط بالمدخن، فنادرا ما يعاود الممتنع التدخين أثناء العمل أو هو بمفرده، وإنما في ظل وجود آخرين الذين يقدمون السيجارة غالبا ويمارسون ضغوطا لتدخينها (انظر الفصل السابق).

وأيا كان سبب الانتكاسة أو معاودة التدخين بعد امتناع عنه لفترة، فانه مظهر لفشل برامج مساعدة المدخنين هذه وأدى هذا الفشل إلى الاهتمام بالوقاية من بدء التدخين .

وهكذا وظف تراث بحوث تغيير الاتجاه من خلال التخاطب، والمبادئ النظرية التي كشفت عنها، في وقاية المراهقين من بدء التدخين وكانت بداية هذا التوظيف هي جهود متفرقة وغير منظمة قام بها أوائل سبعينيات القرن العشرين بعض المهتمين بقضايا الصحة والتربية الذين سعوا إلى تبصير المراهقين بأضرار التدخين الصحية وقلل من قيمة هذه الجهود افتقارها للتقويم العلمي (Flay, ١٩٨٥) وفي الربع الأخير من القرن العشرين انتظمت هذه الجهود وتنامت وفي هذا السياق نشير إلى نموذجين احدهما : أمريكي والآخر مصري.

أولا :- النموذج الأمريكي للوقاية من بدء التدخين :

ويعد الأكثر نجاحا * إذ كانت التقديرات لنسبة المدخنين من الشباب هي ٥١,٦% بين الذكور و٣٤% بين الإناث ؛ إذ بها في مسح أجرى سنة ٢٠٠٣ ٢٩,٢% و٢٧,٧% على التوالي[١] .

ومنذ سنة ١٩٧٨ تعددت برامج الوقاية من بدء التدخين ونشطت بحوثها حتى أمكن تقسيمها إلى أجيال :-

١- يمثل الجيل الأول البحث الرائد في هذا المجال الذي حاول فيه "إيفانز") Evans وزملاؤه (١٩٧٨) توظيف نموذج التحصين Inoculation الذي طوره "ماكجواير" من خلال المماثلة بين مقاومة التعرض لتخاطب معارض وتحصين الجسم ضد الأمراض بحقنه بفيروسات ضعيفة تحثه على تكوين مضادات حيوية تمكنه من مواجهة نفس الفيروسات – القوية طبعا – إذا ما هاجمته مستقبلا، واستخدم "إيفانز" وزملاؤه (بجامعة "هيوستون – تكساس") هذا الأسلوب كإستراتيجية لتنمية مهارات المراهقين لمواجهة الضغوط الاجتماعية والبيئية المتمثلة – في رأيهم – في وجود نماذج يقتدي بها المراهقون، (سواء كانت هذه النماذج من الآباء أو الأقران أو تقدمها وسائل الإعلام) التي تشجع المراهقين على بدء التدخين، حيث طوروا برنامجا مكونا من أربعة شرائط فيديو مدة كل منها عشر دقائق، تتضمن معلومات عن مضار التدخين قصيرة الأمد، وآثاره على الآخرين، والتشجيع الناتج عن وجود مدخنين، وكيفية مواجهة هذا التشجيع، مبرزا مزايا عدم التدخين، ويقوم بالتعليق على هذا المضمون مراهقون غير مدخنين – من نفس سن المبحوثين – ويلي عرض كل فيلم تعرض المبحوثين لموقف تمثيل أدوار تشبه تلك التي قدمها الفيلم ، فيقوم أحد المبحوثين بدور الزميل – أو الأب المدخن الذي يقتدي به الابن – الذي يعرض سيجارة علي شخص آخر يقوم

---

* ولا يمثل نجاحه هذا مبررا لاستعارته فلا يجوز نقل استراتيجية تدخل من مجتمع لآخر؛ إذ ما ينتج هنا لا يحقق النتيجة نفسها هناك فلكل مجتمع خصائصه التي تحدد استجابة أفراده لبرنامج تدخل ما

[١] وهي مستقرة عند هذه المعدلات حتى ٢٠٠٧ (Bachman; et al.,٢٠٠٨)؛ لكن تزايدا مخيفا في معدلات تناول التبغ بوسائل أخرى عير التدخين كالمضغ والشم

بدور من يرفض تشجيعه، ويعقب هذا التمثيل مناقشة مفتوحة حول مضمون الفيلم .

وتكشف البيانات التي جمعها "إيفانز" وزملاؤه عن مستوى محدود لفعالية هذا البرنامج في منع المراهقين من بدء التدخين، فبعد عشرة أسابيع من القياس القبلي وجدوا أن ١٠% من أفراد المجموعة التجريبية (ن= ٨٠) يدخنون فعلا في مقابل ١٨% من أفراد المجموعة الضابطة (ن= ١٠٤).

٢- ويبدو أن نجاح برامج الوقاية من بدء التدخين يتطلب توظيفا لمدى أوسع من المبادئ النظرية في علم النفس، وهذا ما فعلة الباحثون الذين تمثل برامجهم الجيل الثاني لبحوث الوقاية من بدء التدخين مثل : (Botvun & Eng, ١٩٨٢)، فقد وظفوا مبادئ مستمدة من نظريات: التعلم الاجتماعي – والعزو attribution – والالتزام commitment بإصدار سلوك ما – وأساليب التعلم السلوكي (مثل: لعب الأدوار role playing والدعم والممارسة)، وذلك بالإضافة إلى نظرية التحصين التي وظفها الجيل الأول وحققت برامج هذا الجيل نجاحا يفوق النجاح الذي حققه الجيل الأول إلا أنه مازال دون المطلوب، وذلك لأنه لم يتدارك أوجه القصور المنهجي التي شابت بحوث الجيل الأول والتي منها: الاعتماد علي الوحدة (فصل دراسي أو مدرسة مثلا) كظرف تجريبي واحد– ووجود مشكلات تتعلق بصدق الأدوات المستخدمة لتقويم التعرض للبرنامج – ووجود معدلات تسرب attrition مرتفعة جدا.

٣- وهو ما سعت بحوث الجيل الثالث (مثل : Murray, et al., ١٩٨٤) إلى تفاديه، والتي تتفوق علي مثيلاتها – في الجيلين السابقين – في درجة الارتقاء المنهجي، فالظرف التجريبي الواحد تضمن وحدتين (فصلين أو مدرستين على الأقل)، حيث المقارنة بين أكثر من مضمون – للبرنامج – ممكنة بالإضافة إلى تحقيق قدر من العشوائية في اختيار المبحوثين وتوزيعهم على وحدات التصميم التجريبي مع ذلك فإن معدلات التسرب المرتفعة مازالت مشكلة رئيسة تقلل من قيمة نتائج بحوث هذا الجيل.

٤- ويعد الجيل الرابع من بحوث (مثل :Biglan& Ary,١٩٨٩) الوقاية من بدء التدخين أكثرها نضجا سواء من حيث الارتقاء المنهجي أو من حيث تعدد المبادئ النظرية التي اعتمد عليها الباحثون عند إعداد برامجهم ، فبالإضافة إلى المبادئ التي تم توظيفها في الأجيال الثلاثة السابقة فإن مبادئ اتخاذ القرار decision making وحل المشكلات problem solving قد وظفت في برامج هذا الجيل كما استعان بعضها بالمدرسين والآباء – بعد تدريبهم – وبالتليفزيون في تقديم مضمونها كما تميزت البحوث التي تقوّمها بارتقاء منهجي بالمقارنة ببحوث الأجيال الثلاثة السابقة، حيث طالت مدة المتابعة (أكثر من سنتين) وارتفعت معاملات الصدق الداخلي للأدوات المستخدمة لتقويم آثار التعرض للبرنامج وتعددت وحدات (١١فصلا أو مدرسة) الظرف التجريبي الواحد كما تم توزيع هذه الوحدات على أساس عشوائي إلا أن هذه العشوائية لم تتحقق بالدرجة المرجوة؛ كما وجدت صعوبات في تنفيذ البرامج وفقا للتصميم الذي وضعه الباحثون، وواجهتهم صعوبات أخرى عند التحكم في التفاعل بين تلقي البرنامج وكل من القياسين السابق واللاحق له كما أن معدلات التسرب مازالت مرتفعة.

٥- ويمثل الجيل الخامس لجهود الوقاية من بدء التدخين توجها قوميا (أمريكيا) واسعا امتد ليشمل معظم الولايات بمؤسساتها الحكومية والأهلية؛ إضافة إلى هيئات اتحادية تتكامل جهودها سواء عند تخطيط حملات الوقاية أو تنفيذها أو متابعتها، وتتسم بحوث هذا الجيل ب:

أ- الاعتماد علي معلومات واقعية متجددة مستمدة من مسوح دورية كمسح سلوك المخاطرة بين الشباب (YRBS) ويجري كل عامين لمعرفة مدى انتشار تعاطي مادة ما – كالسجائر وغيرها – بين قطاعات الشباب، وكمسح اتجاهات الأمريكيين نحو هذه المواد، ويجري كل عام (Califano,٢٠٠٣) وكتقارير قسم الصحة والخدمات الإنسانية USDHHS ... وغيرها .

ب- إيجاد سياقات جماهيرية تتسم بالاستمرارية كدعوة مركز الإدمان casa بجامعة كولومبيا جعل الاثنين الرابع من كل سبتمبر – ابتداء

من سنة ١٩٩٦ـ مناسبة سنوية لتناول الطعام مع الأسرة، كجهد قومي بسيط وفعال لزيادة الارتباط الأسري وتسهيل تخاطب الأب ـ الابن وذلك لأن البحوث التي أجراها المركز تظهر فروقًا جوهرية في سلوكيات التعاطي بين الذين يتناولون الطعام بانتظام مع أسرهم والذين لا يتناولونه حيث يدخن من مراهقي الفئة الثانية ثلاثة أضعاف ما يدخن في الفئة الأولي؛ ويتعاطي ٧٢% من الفئة الثانية مخدرات محظورة قانونا مقابل ٣١% من مراهقي الفئة الأولى الذين يتناولون الطعام مع أسرهم، وتكشف دراسات مؤسسات علمية أخرى أن تناول الطعام وسط الأسرة يقلل احتمالات الانحراف ويرتبط إيجابيا بتحسن الأداء الدراسي وعادات الطعام الصحية www.casacolumpia.org

وتشترك بحوث الأجيال الخمسة في خصائص عدة أهمها :-

١- تشابه مضمون المعلومات المستخدمة لتغير الاتجاه نحو التدخين وتتضمن :

(أ) معلومات عن مترتبات تدخين السجائر طويلة الأمد على الصحة.

(ب) معلومات عن الآثار الفسيولوجية المباشرة لتدخين سيجارة واحدة مجرد سيجارة .

(ج) تصحيح المدركات الخاطئة الشائعة عن التدخين .

(د) مناقشة تأثير الأسرة والأقران ووسائل الإعلام وطرق التعامل مع هذا التأثير .

(ه) زيادة تقدير المراهقين (أو الذين تعرضوا للبرنامج) لذواتهم، وإمدادهم بمهارات اجتماعية عامة تزيد من كفاءتهم عند مواجهة المواقف المشجعة على بدء التدخين .

(و) تعلم مهارات سلوكية محددة لمواجهة المتغيرات المشجعة على بدء التدخين .

٢- استخلاص التزام عام (في التجمعات: كالنوادي والمدارس) بمنع التدخين (جعل المكان خاليا من النيكوتين).

٣- تشمل على قياس قبلي وآخر (أو أكثر) بعدي يسمح بفحص التغير عبر الزمن.

٤- تشمل على مجموعات ضابطة تسمح بالمقارنة بين مجموعات تلقت البرنامج، وأخرى لم تتلقه.

٥- تحاول التحقق من صدق التقارير الذاتية عن مدى تدخين المبحوثين بالاستعانة بمؤشرات فسيولوجية تتفاوت في تنوعها ودقتها من بحث لآخر.

هذا بإيجاز بعض ملامح النموذج الأمريكي للوقاية من بدء التدخين وهو نموذج ناجح استنادا إلى ما تشير به الإحصاءات من تناقص معدلات تدخين المراهقين والمراهقات عما كان متوقعا قبل ذلك، ويرجع بخاصة إلى : -

١- الاعتماد على تحليل واسع لسلوك التدخين مستمد من مئات البحوث الواقعية التي وضحت كلا من:-

أ- أسباب التدخين.

ب- المخاطر الناتجة عنه.

ج- برامج إنقاص معدله .

٢- تكامل جهود عدة مؤسسات حكومية وأهلية * (اتحادية وعلى مستوى كل ولاية) لإنقاص معدل التدخين، وقد أدى هذا التكامل والتنسيق إلى :-

---

* فإضافة إلى عشرات المراكز والمعاهد العلمية القومية (للصحة NIH والسرطان NCI والإدمان NIDA ... وغيرها) العاملة في مجال مكافحة التدخين توجد ١٧ جمعية أهلية ناشطة في هذا المجال كجمعية حقوق غير المدخنين والمجموعة المضادة لتلوث المدخنين وجماعة أوقفوا إدمان المراهقين وغيرها .

أ- المحافظة على استمرارية مخاطبة جمهور عريض ونقل تصور متكامل عن مشكلة التدخين إليه.

ب- اتخاذ القرارات الضرورية لتطوير ممارسات مكافحة انتشار التدخين .

ج- فتح المجال أمام مؤسسات اجتماعية للتعامل مع المشكلة ومساعدتها على امتداد عملها هذا والمحافظة على استمراريته (Biglan & Taylar, ٢٠٠٠) .

ومع ذلك يرصد الباحثون (مثل : Banchard,١٩٩٤; Leventhal; et al., ١٩٨٥) عددا من أوجه القصور على رأسها :

١- إهمال الفروق الفردية التي تحدد مدى استجابة الأفراد لدعوتها الإحجام عن بدء التدخين ومن أمثلة – وليس حصرا – المتغيرات التي تم إهمالها:

أ- النوع فعلى سبيل المثال تجاهلت حملات وقاية الأمريكيين من بدء التدخين خصائص الإناث مثل كونهن يخبرن البلوغ مبكرا مقارنة بالأولاد؛ وكونهن أكثر تعرضا للإصابة بالاكتئاب واضطرابات الأكل؛ وكونهن أكثر تعرضا لسوء المعاملة البدنية والجنسية، وكل هذا يزيد من مخاطر إقدامهن على التدخين والتعاطي كما يتفاعل النوع مع كل من غياب الاستقرار السكني والانتقال من مرحلة تعليمية إلى أخرى واحتمالات التحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين المنتظم، حيث الإناث أكثر تهيؤا للتعاطي في هذه الحالات مقارنة بالذكور، حتى إن أسباب التدخين ودوافعه تختلف تبعا للنوع، ومع ذلك صممت برامج الوقاية من بدء التدخين وفي ذهن واضعيها الذكور وليس الإناث (Royce; et al., ١٩٩٧) .

ب- العناصر الثقافية التي تشجع أو تكبح الرغبة في التدخين .

ج- درجة استهداف الجمهور للتدخين والتي تحدد كون الفرد سيكون مدخنا أم لا وإذا كان مدخنا فهل سيدخن بكثافة أم لا ؟

د- العمليات المعرفية التي يؤكد منظرو تغيير الاتجاه – على اختلاف توجهاتهم النظرية – أهميتها كوسائط بين التعرض لمخاطبة وتغيير الاتجاه نتيجة هذا التعرض ومع اعتماد برامج الوقاية من بدء التدخين على مبادئ الاستمالة بالمخاطبة، إلا أنها تجاهلت العمليات المعرفية أثناء تلقي الاستمالة .

فإن إهمال هذه المتغيرات – وغيرها - عند تصميم برامج الوقاية من بدء التدخين وتنفيذها يزيد من احتمال اختلاط تأثير هذه البرامج مع آثار تلك المتغيرات.

٢- استخدام البحوث التي تحاول تقويم البرامج الوقائية من بدء التدخين تصميمات تجريبية غير ملائمة مثل استخدام تلاميذ إحدى المدارس – ككل – مجموعة تجريبية تتم مقارنتها بتلاميذ مدرسة أخرى كمجموعة ضابطة مما يسمح باختلاط أثر السياق، ومعايير الجماعة المدرسية مع تأثير البرنامج موضوع التقويم مع أن الأفضل هو المقارنة بين فصول من مدرسة واحدة.

٣- يضاف إلى ذلك وجود معدلات تسرب مرتفعة نسبيا تؤثر بدرجة كبيرة في نتائج المتابعة طويلة الأمد بشكل يجعل هذه المتابعة بلا معنى أحيانا حيث يشير بعض الباحثين إلى أن معدلات تسرب المدخنين (أو المعايشين للتدخين كأبناء وأقران المدخنين ... الخ) أعلى من معدلات تسرب غير المدخنين (أو غير المعايشين) ومع أن تحديد أسباب هذا التسرب يساعد كثيرا على إنقاص معدلاته فإن الباحثين لم ينتبهوا لأهمية هذا التحديد.

٤- ومع سعي البرامج السابقة إلى تغيير الاتجاهات المحبذة للتدخين كخطوة سابقة أو مصاحبة للامتناع عن بدء التدخين فإن بحوث تقويم هذه البرامج قد اكتفت برصد مدى التغيير في هذا الاتجاه دون توظيف التراث الضخم لنظريات تغيير الاتجاه من خلال التخاطب في تصميم وتنفيذ تلك البرامج أو في تحديد الظروف المسئولة عن حدوث (أو عدم حدوث) هذا التغيير مثال ذلك: أنه مع تعدد مكونات البرنامج الوقائي من بدء التدخين فإنه لم يستفد من بحوث ترتيب

عرض الحجج المتضمنة في الرسالة الواحدة في اختيار المكونات الأكثر فعالية؛ وأدي إهمال دراسة هذه المتغير (ترتيب العرض) إلى إهمال دراسة التفاعل المحتمل بينه وبين عدد من متغيرات موقف التخاطب؛ حيث تشير البحوث إلى وجود تفاعل بين ترتيب عرض الحجج داخل الرسالة وبين متغيرات أخرى في موقف التخاطب (مثل: موضوع الرسالة – ودرجة تعقيدها– ومصداقية مصدرها ... الخ) ويؤثر هذا التفاعل في فعالية التخاطب وبالتالي فعالية برنامج الوقاية من بدء التدخين .

ثانيا : النموذج المصري في الوقاية من بدء التدخين :-

ولأن تدخين السجائر ظاهرة اجتماعية أي تحدث في سياق اجتماعي له معاييره وقيمه التي تحدد معنى التدخين ودلالته فمن الضروري إجراء دراسات محلية لاختيار مضمون برامج الوقاية من بدئه وتوقيت عرضها والجمهور الذي تستهدفه ومع ذلك لا يلقي هذا الأمر اهتماما يذكر من جهات قومية مصرية علمية أو خدمية * فباستثناء الدراسات الوبائية التي يجريها البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية لا توجد إلا بحوث متناثرة يجريها بعض الباحثين في إطار حصولهم على درجات علمية، ويكاد يغيب الجهد المنظم لهيئة قومية حكومية أو أهلية في مجال الوقاية من بدء التدخين ونشير في هذا السياق إلى تجربة (عبد المنعم شحاتة، ١٩٨٨: ١٠٦- ١٥٩) أجريت في إطار السياق الثقافي المصري لتغيير اتجاهات المراهقين المصريين بأخرى تقلل من احتمالات بدئهم التدخين وقد تم إجراؤها بمشاركة ٣٧٥ طالبا بالصف الأول الثانوي العام إذ تبين البحوث المصرية والأجنبية أن سن ١٦ سنة هي السن المحتمل – وقت إجراء التجربة - أن يبدأ فيها الفرد تدخين السجائر.

---

* تجدر الإشارة إلى جهود حثيثة تبذل في السنوات الأخيرة يقوم بها صندوق علاج الإدمان ومكافحة التعاطي التابع لمجلس الوزراء ، وكذلك الجمعية المصرية لمنع المسكرات وجمعية صناع الحياة (amerkhald.net) وحملة ماش "التدخين يقتل" (Mashy.com) ..وغيرها.

وقد تعرض هؤلاء الطلاب لرسالة تدعوهم إلى عدم التدخين وتتضمن :-

١- البدء بتفنيد العلاقة المزعومة بين التدخين وخصال كالاستقلال والرجولة على أساس أن البدء بتفنيد الحجج المعارضة لتوصيات الرسالة أكثر فعالية إذا كان لدى المتلقي ألفة ووعي بهذه الحجج كما أن عرض هذه الحجج في سياق يرفضها يضعف من فعاليتها في المستقبل .

٢- كشف الآثار الفسيولوجية المباشرة لتدخين أقل عدد ممكن من السجائر .

٣- توضيح حكم الدين في تدخين السجائر اعتمادا على إبراز حقوق النفس والغير وضرورة عدم إيقاع الأذى بهم.

٤- إبراز قيمة أن يصبح الفرد غير مدخن .

وقد اختيرت الحجج المدعمة لكل عنصر من العناصر السابقة على أسس موضوعية كالاستناد إلى نتائج البحوث وإلى آراء ذوى الخبرة بموضوعها وقد قدم هذا المضمون في شكل تخاطب بالمواجهة (محاضرة) لأن هذا الأسلوب يحقق التفاعل بين المصدر والمتلقي بشكل ييسر للمتلقي تكوين صورة إيجابية عن المصدر ويزيد من الألفة به كما أنه الأسلوب نفسه المعتاد للطلاب عند تلقي الدروس، بالإضافة إلى أنه يلائم المضمون الذي تم اختياره لعرضه عليهم .

وقد سبق التعرض لهذا المضمون، وتلاه أيضا – مباشرة أو بعد أسبوع من عرضه لتقويم آثاره – جمع بيانات عن اتجاهات الطلاب نحو التدخين وخبرتهم به ومعايشتهم له ومعايشه المدخنين، وعدد منتقي من خصال الشخصية والبيانات الشخصية والاجتماعية الأخرى، وقد تم ذلك من خلال أدوات روعي تمتعها بالشروط العلمية للأداة الجيدة مما يسمح بالاعتماد عليها كما تم تحليل البيانات – التي تقدمها هذه الأدوات – على الحاسب الآلي بواسطة أساليب إحصائية مثل تحليل التباين متعدد

المتغيرات manova وتحليل التباين anova ثلاثي الأبعاد، واختبار الفروق بين المتوسطات، وأسفرت هذه التحليلات عن النتائج التالية :-

١- هناك فروق مرتفعة بين الذين تعرضوا للرسالة والذين لم يتعرضوا إليها في الاستجابة للتخاطب، فالذين تعرضوا أكثر فهما للرسالة وأكثر تقبلا لها ولمصدرها بالمقارنة بمن لم يتعرضوا.

٢- لخصال شخصية المتلقي دورها في تحديد درجة هذه الاستجابة وفي توقيت ظهورها، فعلى سبيل المثال ، يبدي المتفتح ذهنيا استجابة للرسالة أكثر مما يبدي منغلق الذهن (المتسم بالجمود) كما أن المتفوق دراسيا لا يظهر هذه الاستجابة بعد تعرضه للرسالة مباشرة وإنما بعده بفترة، بينما يظهر الأقل قدرة على التحصيل الدراسي هذه الاستجابة بعد عرض الرسالة مباشرة، وتختفي عنده بعد العرض بفترة، وهو ما يبرهن على أهمية وضع خصال شخصية المتلقي في الحسبان عند إعداد التخاطب، وعند تقويم فعاليته.

٣- لمصدر التخاطب دوره المهم في استجابة المتلقي للرسالة إذ يعد تقبل المصدر عملية أساسية تيسر تغيير الاتجاه المحبذ لتدخين السجائر، وهو ما يشير إلى خطورة ظهور المدخن – في أفلام السينما والتليفزيون – في صورة البطل المنقذ والقادر على مواجهة أصعب المشكلات، كما يشير إلى أهمية ظهور الشخصيات العامة والمشهورة وهم لا يدخنون.

٤- هناك زيادة – إلى حد ما – في تغيير الاتجاه المحبذ للتدخين ناتجة عن مرور الوقت بعد عرض الرسالة (أي الأثر الكامن) وتلعب خصال شخصية المتلقي دورها في تحديد حجم هذه الزيادة، بل وفي ظهورها أو اختفائها؛ إذ تبين أن مرتفعي القدرة على التحصيل الدراسي ومتفتحي الذهن والأقل تقديرا للذات يظهرون هذه الزيادة أكثر من غيرهم .

هذا مثال لدراسة مصرية هدفها تقويم برنامج للوقاية من بدء التدخين وقد أثارت – مثل غيرها – نقطة مهمة هي أن قدرة هذه البرامج

على إحداث تغيير تتفاوت درجتها ما بين تغيير ملحوظ في الاتجاهات المحبذة للتدخين وتعديل محدود في سلوك التدخين أو نية إصداره مستقبلا؛ وهي نقطة التفت منظرو تغيير الاتجاه إليها بالدراسة لتفسيرها واكتشاف العوامل التي تؤدي إليها .

والعامل الأهم في هذا الصدد هو أن الاتجاه المحبذ للتدخين يتكون خلال فترة زمنية طويلة جدا تبدأ مع بداية وعي الطفل بما يدور حوله، وتنتهي بمحاولته تجريب التدخين وطوال هذه الفترة تعمل مواقف عديدة ووسائل متنوعة على ترسيخ هذا الاتجاه ودعمه، وبالتالي يصعب – لكن لا يستحيل – تعديل اتجاه استغرق تكوينه عدة سنوات في أيام معدودات أضف إلى ذلك أن عملية التعديل هذه أشبة بالسباحة ضد التيار، فتكوين الاتجاه المحبذ للتدخين يتم في سياق اجتماعي لا يحظر التدخين فقط، بل يشجع عليه أيضا، فوسائل الإعلام ترسم صورة إيجابية عن التدخين والمدخنين، وتقدم بطل الأفلام والمسلسلات السينمائية والتليفزيونية غالبا بالسيجارة في يده يستعين بها لمواجهة المواقف الصعبة والمحرجة والتي تتطلب نضجا ومهارات خاصة وتؤكد لنا أن التدخين أهم هذه المهارات؛ إذ يستعيد البطل به كفاءته وقدراته التي اهتزت نتيجة الموقف الذي يواجهه، ولا يقتصر الأمر عند هذا الحد فالصورة تدعو إلى الاقتداء بالبطل ويزيد من هذا التأثير وجود أب أو أخ يدخن، الذي – بحكم موضعه في الأسرة – يعد نموذجا يحتذى، ويتضخم التأثير، فالأقران يحثون على تجريب التدخين، ويدفعون إليه دفعا، كل هذا في سياق يدعم بدء التدخين ويقلل من مدى الاستجابة لتخاطب يدعو إلى عدم بدء التدخين تلك الاستجابة التي تتطلب خلق سياق نفسي اجتماعي يستهجن التدخين ويرفضه أي تغيير الصورة التي تعرضها وسائل الإعلام ، وتغيير عادات الآباء وتغيير معايير جماعة الأقران إذ تؤثر في استجابة الفرد لبرامج الوقاية من بدء التدخين ليس هذا فقط ، بل وتحدد هذه الاستجابة من حيث الوجهة والشدة.

ولخلق هذا السياق الرافض للتدخين، يجب أن يقوم المجتمع بأمرين:

١- الاهتمام بالبحث العلمي لرسم ملامح ظاهرة التدخين في مجتمعنا من حيث دوافعها ودلالتها لدى قطاعات مختلفة من الجمهور المصري لوضع أساس علمي موضوعي لحملات مكافحة التدخين هنا تجدر الإشارة إلى أهمية إجراء دراسات تتبعيه طويلة – Longitudinal والاستفادة من نتائجها، فالفرد لا يبدأ تدخين السجائر بين عشية وضحاها، وإنما يمر بمرحلة تهيؤ طويلة، تستغرق عدة سنوات قبل أن يدخن سيجارته الأولى، وتنقسم هذه المرحلة إلى مراحل فرعية لكل منها دوافعها وآلياتها، وبدون فهم هذه الدوافع وتلك الآليات، تفقد أساليب الوقاية قدرتها على التأثير؛ إذ يصعب – بدون هذه الفهم – اختيار المضمون المناسب تقديمه إلى الأفراد المراد التأثير فيهم، كما يصعب انتقاء الطريقة الملائمة لتقديم هذه المضمون، فعلى سبيل المثال يصبح من المناسب في مرحلة تهيؤ الأفراد لتجريب تدخين سيجارة الأولى،أن تحدثهم عن خطر الاعتماد على النيكوتين وصعوبة الامتناع عن التدخين بعد البدء فيه، وأن تدخين السيجارة الأولى يعني تكرار المحاولة،ثم الاستمرار في التدخين، وتوضيح كيف يتم ذلك بواسطة بيانات صادقة ومن مصادر موثوق فيها،ويعد هذا المضمون أكثر ملاءمة بالمقارنة بالحديث عن مضار التدخين المباشرة أو بعيدة المدى؛لأن المراهقين – في هذا المرحلة – لا يدركون خطورة الاعتماد، معتقدين في إمكانية الامتناع عن التدخين أي وقت شاءوا (Biglan & Lichtenstein,١٩٨٤) أما في مرحلة التجريب الفعلي ومحاولة تدخين السجائر كوسيلة للحصول علي قبول اجتماعي وتقدير الذات، فإن من المناسب الحديث عن المظاهر السيئة للتدخين، والإعزاءات السلبية التي يعزوها الآخرون إلى المدخن، والضرر الذي يلحقه التدخين بالآخرين، مما يقلل من قبولهم للمدخن، ذلك القبول الذي يمكن الحصول عليه بواسطة وسائل مأمونة وإيجابية كحسن الخلق وأناقة المظهر وغيرها، كما من المناسب تقديم معلومات عن الآثار الفسيولوجية المباشرة – وليس بعيدة المدى – المؤلمة والمترتبة على تدخين سيجارة، مجرد سيجارة واحدة، استنادا إلى نصائح طبية موثوقة.

معنى ذلك أن الدقة في اختيار المضمون الواجب تقديمه – والطريقة المناسبة له – لجمهور بعينه قد يزيد من فعالية أساليب الوقاية من بدء التدخين وكما ورد في الأثر "فلكل مقام مقال" فإن المضمون الذي يلائم المهيئين للتجريب – ولم يدخنوا بعد – لا يكون فعالا إذا قدم لمن جربوا التدخين بالفعل ، كما أن المضمون الذي يلائم الذين دخنوا على سبيل التجربة لا يجدي تقديمه للمهيئين لتجريب التدخين، وهذا أحد الأخطاء التي وقع فيها مصممو برامج الوقاية من بدء التدخين، أضف إليه التأخير في تقديم هذه البرامج، فمعظم البحوث التي عرضناها أجريت بمشاركة مبحوثين تجاوزوا السادسة عشر عاما من العمر، حيث بدأ البعض منهم التدخين بل وأصبحوا مدخنين بانتظام، وكان يجب التبكير في تعريض هؤلاء المراهقين لبرامج الوقاية (أي وهم في الثانية عشر عاما من العمر أو دون ذلك ، حيث لم يبدأ التدخين بعد إلا ٤-٥% فقط) إذ أن وقاية المهيئين لتجريب التدخين من محاولة التجريب، أفضل من وقاية الذين جربوا من الاستمرار في التدخين (Orleans; et al., ١٩٩٣; Pamerleau; et al., ١٩٩٣; Califano, ٢٠٠٣) لذا يجب أن تستهدف حملات الوقاية من بدء التدخين تلاميذ المدارس الابتدائية، فالمرحلة الإعدادية أو الثانوية تعد وقتا متأخرا جدا لذلك.

والخطأ الثالث الذي قلل من فعالية برامج الوقاية من بدء التدخين هو اعتمادها على أسلوب صريح في المخاطبة، فكل المضمون المعارض للتدخين المقدم عبر هذه البرامج – كذلك وسائل الإعلام – قدم بشكل مباشر بينما تقدم الأفلام والمسلسلات السيجارة وكأنها العصا السحرية التي بها تهدأ النفوس المتوترة وتستيقظ العقول الخاملة، ليس هذا فقط، بل أن كثيرا من الشخصيات العامة والنجوم ذوي التأثير الاجتماعي في الآخرين (لأنهم قدوة) يظهرون والسيجارة بين أصابعهم، كل هذا يدعو النشء بشكل غير مباشر إلى التدخين، وكما يقول الجرجاني "فالتعريض – أي التلميح– أوقع من التصريح" .

٢- لذلك يجب أن تقوم هيئات حكومية وأهلية بجهد متناسق ومتكامل لترسيخ اتجاهات سلبية نحو التدخين تعد محددا لسياق رافض

للتدخين يشجع الإحجام عنه، وفي هذا السياق تجدر الإشارة إلى جهود متناثرة تقوم بها بعض الهيئات، وتتسم هذه الجهود :

أ- بالعشوائية فليس لها خطة موضوعة مسبقا وذات أساس علمي موضوعي؛ وإنما حماس القائمين بها وحسب .

ب- أدى هذا إلى تفرق الجهود وتناثرها وغياب التنسيق بينها.

ج- وبالتالي فإن نطاقها محدود مكانا وزمانا، حتى إنها جهود موسمية تنشط حينا وتختفي أحيانا.

إن إيجاد سياق رافض للتدخين يعد مدخلا وقائيا لقائمة طويلة من الأمراض ، يتطلب إستراتيجية عامة مخطط لها جيدا تحدد أدوار هيئات عديدة لهذه الإستراتيجية ملامح متعددة على رأسها: -

١- رفع سعر السجائر – وكذلك منتجات التبغ الأخرى – لجعلها صعبة المنال على الصغار قدر الإمكان .

٢- توسيع نطاق الأماكن المحظور فيها التدخين وتغليظ عقوبة من يدخن فيها أيا كان موقعه الاجتماعي.

٣- توظيف كل ما هو متاح – كعلبة السجائر ذاتها والأعمال الدرامية والمقررات الدراسية والأنشطة اللاصفية وما شابه – لتوعية الجمهور العام بمضار التدخين وبحكم الدين فيه فمعرفة هذا الحكم تكبح الرغبة في التدخين وتزيد احتمالات إحجام الفرد عنه، وتظهر الإحصاءات الأمريكية أن المدارس الدينية أكثر استجابة لشعار (مدرسة خالية من التدخين) مقارنة بالمدارس العامة، حيث كانت النسب عام ٢٠٠٠ هي ٤٢% من المدارس العامة، مقابل ٦٢% بين المدارس الدينية، زادت ٢٠٠٢ إلى ٦٥%، ٧٩% على التوالي (Califano, ٢٠٠٣) .

الخلاصة

تبين لنا أهمية الوقاية عموما وبالأخص وقاية المراهقين من بدء التدخين والحيلولة بينهم وبين تدخين أية سيجارة من خلال تغيير اتجاهاتهم

المحبذة للتدخين والتي تدفع إليه بأخرى تستهجنه وتحث على رفضه ويتم هذا التغيير من خلال معلومات تصف خطورة التدخين ومضاره وكيفية التعامل مع الظروف التي تشجع عليه كما تصف مزايا عدم التدخين.

وقد تم عرض نماذج من البحوث التي استهدفت ذلك سواء ما أجرى منها في الولايات المتحدة، أو ما أجرى منها في مصر، وتكشف جميعها أن تعرض الأفراد لتخاطب يعارض التدخين قد أحدث تغييرا ملحوظا في اتجاهاتهم المحبذة له، كما أحدثت تعديلا أقل درجة في نية الأفراد التدخين مستقبلا أو محاولتهم التدخين الفعلي.

هنا يجب تأكيد ضرورة إيجاد سياق ثقافي اجتماعي رافض للتدخين، ويعد التدين أحد عناصر هذا السياق، كما يمارس الوالدان دورا حيويا في تشكيل اتجاهات أبنائهما السلبية نحو التدخين والمخدرات وتدريبهم على رفضها إذا وجدوا في مواقف تدفعهم إلى تجريب التدخين أو التعاطي.

الفصل السادس
أما بعد

الفصل السادس

أما بعد

في الأعوام الأخيرة، تؤرق معظم دول العالم – شرقه وغربه ، متقدمة كانت أو متخلفة – مشكلة من أخطر المشكلات الإنسانية؛ إذ لها آثار مدمرة اقتصاديا واجتماعيا وصحيا (بدنيا ونفسيًا) ألا وهي مشكلة تعاطي المخدرات (الطبيعية منها والمصنعة) التي أثارت قلق المسئولين والمواطنين على السواء ودفعت الجميع إلى تلمس الطريق لمواجهتها والقضاء عليها، فإن لم يكن، فالتقليل من حجمها ومضارها. وفي غمار هذا القلق تصور البعض أن ضجة إعلامية حول المشكلة يكفي، فلما لم تؤت هذه الضجة ثمارها، توهموا أن العلاج يكون بتشريع العقوبات المشددة والتي تصل إلى الإعدام لمروجي تلك المخدرات ومتعاطيها أيضًا، وقد نسوا أن المواجهة الحقيقية للمشكلة إنما يكون بسد البوابة التي يدخل منها الفرد عالم التعاطي وينزلق فيه، فما هي هذه البوابة ؟

يؤكد العلماء إنها تدخين السجائر الذي يعد مقدمة ضرورية لتعاطي المخدرات، فقد اتضح أن الغالبية العظمى (أكثر من ٩٠%) – إن لم يكن كل متعاطي المخدرات – قد بدئوا بتدخين السجائر، كما أن المدخنين من المراهقين أكثر جرأة، بالمقارنة بغير المدخنين المناظرين لهم، لتعاطي المخدرات وأكثر جرأة لتجريب هذا التعاطي، بل وفي استمرار تعاطيها، وفي الاستعداد لهذا التعاطي وتقبله إذا أتيحت الفرصة لمن لم يسبق لهم هذا التعاطي (عبد السلام الشيخ، ١٩٨٨؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦:١٤٧؛ ١٩٨٠: ٤٠؛ ١٩٨٥؛ Soueif; et al.,).

كما تكشف البحوث عن وجود خطوات متدرجة لتعاطي المخدرات حيث يتم البدء بتعاطي المواد المباحة قانونًا والأقل إحداثًا لاعتماد جسمي أو نفسي كالسجائر والبيرة، وينتهي التعاطي بتعاطي المواد المحظورة قانونًا والأكثر إحداثًا لاعتماد جسمي ونفسي كمشتقات الأفيون والمشروبات التي ترتفع فيها نسبة الكحول (النبيذ – الويسكي...الخ)، مما يؤكد إن الطريق الصحيح لمكافحة المخدرات – أو على الأقل للتقليل من

عدد المتعاطين لها - يكون بمكافحة تدخين السجائر، والتي تعد الوقاية من بدنه ليس فحسب خطوة أساسية من بدء تعاطي كافة المواد المؤثرة في الحالة النفسية، وإنما تعد جزءًا رئيسيا في أي برنامج للصحة العامة، وذلك للعلاقة المؤكدة بين تدخين السجائر وعدد ليس قليلاً من الأمراض المزمنة والمتصدرة قائمة الإصابات المسببة للوفاة، ولأن - أيضًا - تدخين السجائر أحد مصادر تلوث الهواء والماء والتربة (كما كشف الفصل الأول من هذا الكتاب)، والسؤال الذي يطرح نفسه هو:كيف نحمي المجتمع من هذا التلوث، ونقي أفراده من الإصابة بتلك الأمراض؟

ويكتسب هذا التساؤل أهمية شديدة خصوصًا بعد أن تبين لنا (انظر الفصل الرابع من هذا الكتاب) القدرة المحدودة للأساليب التي تساعد المدخنين على الامتناع عن التدخين، والتي يرى البعض أنها ناتجة عن عوامل خارج حدود هذه البرامج ولا تطلها أيدي مصمميها؛ إذ لاحظوا تشابه نتائج الأساليب المختلفة في مبادئها النظرية والمتباينة في إجراءات أدائها، فافترضوا أن متغيرات تخص الجمهور المستهدف (أي المدخنين) قد تكون مسئولة عن هذا التشابه ، وقد تكون - أيضًا - سببًا وراء القدرة المحدودة لأساليب تعديل سلوك التدخين، وأكدت الإحصاءات هذا الافتراض، فالمدخنون يتجنبون التعرض لتلك الأساليب، ففي "فيلادفيا" أبدى خمسة آلاف مدخن، من بين أثنى عشر ألفًا، رغبتهم في الانضمام لجلسات برامج تساعد على الامتناع عن التدخين، لم يذهب إلا ٥,١٤% منهم لمقابلة القائمين على هذه البرامج لتحديد مواعيد الجلسات ولم يحضر إلا ثلاثة في المائة منهم فقط تلك الجلسات، وكانت هذه النسبة في "نيويورك" دون الواحد في المائة (٠,٩٥% أو أربعمائة مدخن من بين أثنى عشر ألفًا) (Ashton &Stepney,١٩٨٢:١٤٣) مما يعني أن النسبة العظمى من المدخنين يتجنبون[1] التعرض لبرنامج تعديل سلوك المدخنين، مما يحد من مقدرتها، فنتائجها مستخلصة من فئة لا تمثل جمهور المدخنين على

---

[1] تجدر الإشارة إلى ان أحد موضوعات البحث الحيوية في مجال التعرض لوسائل الإعلام هو التعرض الانتقائي والذي يشير إلى سعي الفرد نحو المعلومات التي تتسق والاتجاه الذي يتبناه ، وتجنبه التعرض للمعلومات التي لا تتسق معه وتؤيد البحوث ذلك .انظر : (Sweemey & Gruber,١٩٨٤)

الإطلاق، أضف إلى ذلك، ما تؤكده البحوث (المرجع نفسه :١٢٧) من احتمال تشويه هذه الفئة التي تعرضت للبرامج لمضمونها كوسيلة لتقليل التعارض بين سلوكهم وبين المعلومات الجديدة التي تعرضها تلك البرامج وذلك لتبرير سلوكهم ؛ إذ تبين أن المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين، يقللون من خطورة الأمراض التي اتضحت علاقتها بالتدخين ؛ إذ يوافق – على سبيل المثال – ٥٠% منهم، في مقابل ٩٠% من غير المدخنين، على أن التدخين شديد الخطورة بالفعل، كما يرى ١٤% منهم ، في مقابل ٣٠% من غير المدخنين، إنه يسبب الوفاة بمعدل يفوق ما تسببه الحوادث

أي أن المدخنين إما يتجنبون التعرض لأساليب تعديل سلوك التدخين، أو يحرِّفون المعلومات المقدمة في هذه البرامج ويشوهونها إذا تعرضوا لها، وكلاهما – بالإضافة إلى عوامل أخرى – يعد مسئولا عن القدرة المحدودة لتلك الأساليب مما يعني إمكانية تحقيق نتائج أفضل إذا تضمنت أساليب تعديل السلوك ما يجذب المدخنين إليها، وما يقلل من تشويههم لمضمونها .

وتزداد أهمية التساؤل عن كيفية حماية الناس من الأمراض والتلوث الناتج عن تدخين السجائر، حينما نعرف أن لأساليب وقاية المراهقين من بدء التدخين – كوسيلة لتقليل حجم المدخنين – فعالية ضئيلة نسبيًا (انظر الفصل الخامس من هذا الكتاب) والتي يرى البعض أنها راجعة إلى افتقار هذه الأساليب إلى دراسات طولية (تتبعية) Longitudinal والاستفادة من نتائجها فالفرد لا يبدأ تدخين السجائر بين عشية وضحاها، وإنما يمر بمرحلة تهيئ طويلة، تستغرق عدة سنوات قبل أن يدخن سيجارته الأولى وتنقسم هذه المرحلة إلى مراحل فرعية لكل منها دوافعها وآلياتها، وبدون فهم هذه الدوافع وتلك الآليات ، تفقد أساليب الوقاية قدرتها على التأثير؛ إذ يصعب – بدون هذا الفهم – اختيار المضمون المناسب تقديمه إلى الأفراد المراد التأثير فيهم، كما يصعب انتقاء الطريقة الملائمة لتقديم هذا المضمون.

ومما قلل من فعالية برامج الوقاية من بدء التدخين أيضًا اعتمادها على أسلوب صريح في المخاطبة ، فكل المضمون المعارض للتدخين المقدم عبر هذه البرامج – وكذلك وسائل الإعلام – قدم بشكل مباشر بينما يتعلم المراهقون التدخين من خلال تعرض تم مباشرة ليس فحسب الصورة الجذابة للمدخنين التي تقدمها الدراما، بل تمارس الشخصيات العامة دورها في ذلك حين تظهر السيجارة بين أصابعهم؛ فمعظم رجال الإدارة العليا يدخنون، وكذلك الفنانون الذين تملأ صورهم كافة وسائل الإعلام ليل نهار، كما أن ٥٣,٥%من الأطباء [1] المصريين، ٥٥,٣% من المدرسين ، ٥١,١% من رجال الجيش ، ١٨,٥%من نجوم الرياضة المصريين يدخنون (Omer; et al.,١٩٨٤) كل هذا يدعو النشء بشكل غير مباشر إلى التدخين ،وكما يقول الجرجاني "فالتعريض - أي التلميح – أوقع من التصريح "(عبد القادر الجرجاني ، ب ت :٥٥).

هكذا نلاحظ أن متغيرات اجتماعية تلعب دورا في تقليل فعالية أساليب كل من امتناع المدخنين عن التدخين ووقاية المراهقين من بدء التدخين؛ تلك الفعالية التي يمكن مضاعفتها عدة مرات لو وضعت إستراتيجية عامة يشارك المجتمع – حكومة وأفرادًا – ككل في تنفيذها، وتستهدف تحقيق هدف رئيس هو تقليل الدافعية لتدخين السجائر، سواء بتقليل دافعية المهيئين لبدء التدخين أو تقليل دافعية المدخن للاستمرار في التدخين،ويتم بإتباع الوسائل التالية في وقت واحد .

أولاً : رفع سعر السجائر :-

يمكن للحكومات المختلفة أن تقلل من معدلات تدخين شعوبها للسجائر، ذلك بإجراء شديد البساطة هو رفع سعرها، فرفع سعر السجائر يلعب دورًا مهمًا – كجزء من إستراتيجية عامة – في إنقاص معدل

---

[1] للعاملين في المهن الطبية دور حيوي في حملات مكافحة التدخين ، ففي بريطانيا وأمريكا أدى إنقاص الأطباء من معدلات تدخينهم إلى خفض معدلات التدخين بشكل عام ، وعلى سبيل المثال انخفض معدل تدخين الأطباء في كاليفورنيا من ٥٣% عام ١٩٥٠إلى ١٠% عام ١٩٨٠، وقد صاحب ذلك خفض في معدل التدخين بوجه عام ، ذلك لدور الأطباء كقدوة يحتذى بها الناس ، ومما يؤسف له أن نسبة كبيرة من أطباء الدول النامية يدخنون .ويعد الأطباء الآن مدخلا لبرامج تدخل فعالة نسبيا ويتحملون عبء نصح مرضاهم بعدم التدخين .انظر : (Ball ,١٩٨٦;Orleans; et al.,١٩٩٣) .

استهلاكها؛إذ يمثل هذا السعر عبئا على المراهق الذي يفكر في تجريب التدخين خصوصا وأنهم أكثر تأثرا بسعر السجائر بالمقارنة بالراشدين (Sandford,٢٠٠٨)، كما يستحث السعر المرتفع المدخن غالبًا لتقليل عدد السجائر التي يدخنها، وكما يتضح من شكل (٢٢)، فالعلاقة بين سعر السجائر ومعدل استهلاكها علاقة عكسية، فكلما ارتفع السعر تناقص الاستهلاك، أي أن هناك ارتباطا سلبيا مرتفعًا جدا(- ٠,٩) بين سعر السجائر ومعدل استهلاكها ، وكان هذا السعر مسئولا عن ٨٠% من التغير في معدلات استهلاك البريطانيين للسجائر خلال ربع قرن (١٩٤٦- ١٩٧١) (Russeil,١٩٧٧) ، فعلى سبيل المثال أدت زيادة سعر السجائر عام ١٩٧٩بنسبة ٦% إلى تناقص مبيعاتها بنسبة ١٠% (Ashton&Stepney,١٩٨٢:١٤٦)؛كما أدت زيادة السعر ١٠% سنة ٢٠٠٧ الي تناقص معدل التدخين ٤% (Sandford,٢٠٠٨) هذا في بريطانيا، أما في أمريكا فقد أدت زيادة سعر السجائر بنسبة ١٠% إلى تناقص استهلاكها بنسبة ٣- ٤% (Chandler,١٩٨٨) ، ويدعم تحليل أجراه "لوبيز" (Lopez,٢٠٠٢) ذلك حيث تبين أن لرفع سعر السجائر تأثيرا كبيرا على بدء التدخين في مقابل تأثير أقل على محاولة الامتناع .ويعزو سويف [1] تناقص معدل التدخين بين طلاب الجامعة خلال العقدين الماضيين إلى هذا العامل، مما يؤكد الدور الحيوي لسعر السجائر في تقليل معدل استهلاكها[2] ، وفي تقليل بالتالي - معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة ، وكل هذا يوفر لخزانة حكومات العالم الثالث - والدول العربية جزءًا منه - أموالاً كثيرة هي في أمس الحاجة إليها .

---

[1] في محاضرة ألقاها بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة الإدمان بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ،٢٠٠٦/٧/٣.

[2] يعرض سويف (٨- ١٢: ١٩٩٦) نماذج أخرى لتأثير ارتفاع سعر المادة المتعاطاة (حشيش - هيروين) في خفض معدلات التعاطي ، وهي أمثلة تدعم هذه النقطة.



شكل (٢٢) علاقة معدلات استهلاك السجائر بأسعارها في بريطانيا خلال عام ١٩٤٦ ـ ١٩٧١

ثانيا : تشديد عقوبة التدخين في أماكن محظور فيها التدخين :

كما إن بإمكان الحكومات المساهمة في إنقاص معدلات التدخين وتقليل فرص الإصابة بالأمراض الناتجة عنه، وذلك باتخاذ إجراءات تشريعية بحظر التدخين في الأماكن التي يتواجد فيها الناس كالمركبات العامة، وأماكن العمل ودور اللهو والترويح، فقد تبين لنا (انظر الفصل الأول من هذا الكتاب) كيف يلحق التدخين أذى شديدًا بالمدخن وبمن يجالسه من غير المدخنين، ودور الحكومات التقليدي هو منع الفرد من إيذاء غيره – وكذلك نفسه – وذلك بتحديد أماكن يحظر فيها التدخين ومعاقبة من يخالف هذا الحظر، على أساس أن يحث هذا العقاب الناس على الامتناع عن التدخين، إذ امتنع ٧٠٠٠٠٠ألف مدخن بريطاني (عمر ١٦ فأكثر) سنة ٢٠٠٥ بفضل حظر التدخين بالأماكن العامة (Sandford,٢٠٠٨). وقد فعلت معظم الحكومات ذلك ، ففي مصر – على سبل المثال - صدر قانون٣٧٢ لسنة ١٩٥٦ بمنع التدخين في الملاهي المغلقة ، كما صدر القانون ٩٢لسنة ١٩٦٤بمنع تهريب التبغ، وأيضًا صدر قانون ٥٢ لسنة ١٩٨١ الذي تنص مادته السادسة : "يحظر التدخين في وسائل النقل العام والأماكن العامة والمغلقة التي يصدر بتحديدها قرار من وزير الصحة "و تنص مادته الثامنة :"كل من يخالف المادة السادسة يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على أسبوع، وبغرامة لا تقل عن خمسة جنيهات مصرية، ولا تزيد على عشرين جنيهًا أو بإحدى هاتين العقوبتين"[1] وأصدر وزير الصحة قراره رقم (١) لسنة ١٩٨٣ يحدد وسائل النقل والأماكن محظور فيها التدخين. ولأن العقاب بالحبس [2] يصعب استخدامه

---

[1] وقد تعدل هذا القانون بصدور قانون (٤) لسنة ١٩٩٤،والذي ينص على أن عقوبة من يدخن في مكان عام هي خمسون جنيهًا مصريًا ، وأضاف عقوبة للمسئولين عن هذه الأماكن العامة الذين لا ينفذون فيها هذا القانون تتراوح ما بين ألف وعشرين ألف جنيه وقد شهدت مصر في أغسطس ١٩٩٧ حملة قومية مكثفة لتنفيذ هذا القانون ، نأمل أن تظهر ثمارها .كما صدر قانون ٨٥لسنة ٢٠٠٢بحظر بيع السجائر ومنتجات التبغ لمن يقل عمره عن ثمانية عشر عامًا ،وحظر توزيع السجائر في مسابقات أو تكون وسيلة الحصول على جوائز ، وألزم هذا القانون مصنعي السجائر بتخصيص ثلث واجهة العلبة لكتابة تحذير من التدخين مثل : "احترس التدخين يدمر الصحة ويسبب الوفاة" .

[2] تبين بحوث تعديل السلوك أن معاقبة الاستجابة غير المرغوبة بتجاهل Time Quit(الحبس) من أصدرها أكثر أنواع العقاب فعالية ، وقد استعرض هذه البحوث: Keirman,١٩٧٨ .

في الواقع لكثرة المدخنين ، فإن العقوبة المتبعة غالبًا في المجتمع المصري هي تغريم من ضبط وهو يدخن في أماكن محظور فيها التدخين عشرة جنيهات مصرية، ولم تكن هذه العقوبة رادعة [1] لأنه لا يتم تحصيلها بشكل فوري، كما يعتبرها البعض قليلة نسبيًا ؛لذا فإنه لكي تكون هذه الغرامة رادعة ، فيجب أن تكون كبيرة، ويتم تحصيلها فور إشعال المرء لسيجارة في مكان محظور التدخين فيه، وأن يتم هذا باستمرار وليس بشكل مؤقت وفقا لاهتمام المسئولين؛إذ تبين بحوث (Keirman,١٩٧٨ تعديل السلوك، سواء ما جرى منها على الحيوان أو الإنسان، سويًا كان أو غير سوى، إن العقاب يكون فعالا إذا كان أكثر شدة، ويلي ظهور الاستجابة غير المرغوبة مباشرة (أي فوري) ويقدم بشكل مستمر، وذلك بالمقارنة بكونه أقل شدة، ويفصل بينه وبين الاستجابة غير المرغوبة فترة من الزمن، ويقدم بشكل متقطع، معنى هذا أن التغريم الفوري الكبير لمن يشعل سيجارته في مكان محظور التدخين فيه، يقلل كثيرا من معدلات التدخين، ومن فرص تعرض غير المدخنين للعناصر الكيميائية الضارة التي تحتوي عليها السيجارة، كما يسهم في التقليل – ولو بدرجة ضئيلة- من تلوث الهواء، ويمكن تحصيل الغرامة فوريًا دون الحاجة إلى تعيين رجل أمن خلف كل مواطن، وذلك بإعطاء إيصالات بقيمة الغرامة، ومختومة من الخزانة العامة للدولة، يحصل بها سائق المركبة العامة – أو الرئيس المباشر في مقر العمل أو المسئول عن دور العرض وغيرها – وبشكل فوري قيمة مخالفة حظر التدخين .

ثالثًا : توعية المواطن بمضار التدخين :-

نسبة كبيرة من وسائل الإعلام في دول العالم الثالث تملكها الحكومة، وبالتالي فيمكنها توظيف هذه الوسائل في توعية الجمهور بمضار التدخين وكشف الصور الحقيقية للسيجارة ، وأثرها على الجسم والنفس والآخرين والمجتمع والاقتصاد القومي...الخ. إذ تخلق هذه التوعية

---

[1] فعلى سبيل المثال ، صرح أحد رجال الأمن المصريين بأنه تم تحرير مخالفتين لشاب واحد في (أتوبيس)عام خلال ساعة واحدة .(مجلة أكتوبر .القاهرة، العدد ١٩٨٧،٥٣٧/٢/٨) .ومن الملاحظ أن التدخين ظاهرة منتشرة في وسائل النقل العام بمصر ، على الرغم من وجود لافتات بها تشير إلى حظر التدخين .

رأيا عاما يعارض التدخين وييسر على الممتنع عنه أن يستمر في امتناعه، وعلى من لم يبدأ التدخين ألا يبدأ، ومن الأمثلة التي يمكن أن تستغلها الحكومة في ذلك نجد :

١- علبة السجائر نفسها ،ففي مصر ، تنص المادة الثالثة من قانون ٥٢لسنة ١٩٨١بضرورة كتابة عبارة "التدخين ضار جدا بالصحة" على كل علبة سجائر، وفي أمريكا نفس الشئ ، بل قرر "الكونجرس الأمريكي" أن تلتزم شركات إنتاج السجائر ابتداء من ١٠/١٢/ ١٩٨٥بكتابة التحذيرات التالية على كل علبة سجائر :

(أ) يسبب التدخين سرطان الرئة وانتفاخ الرئة وأمراض القلب واضطرابات الحمل.

(ب) يلحق تدخين المرأة الحامل الأذى بجنينها ويسبب الولادة المبتسرة .

(ج) يدخل المدخن بتدخينه السيجارة أول أكسيد الكربون (وغيره من الغازات السامة) إلى رئتيه .

(د) بامتناعك عن التدخين تقل احتمالات إصابتك بالعديد من الأمراض.

وقد أدت كتابة هذه التحذيرات *إلى تناقص معدل تدخين الرجال الأمريكيين من ٣٧,٩% عام ١٩٨٠ إلى ٣٣,٨% عام ١٩٨٣ إلى ٢٩%في الربع الأخير من عام ١٩٨٥، كما قلل من معدل تدخين طلاب المدارس العليا من ٣٠% إلى ٢١% (Koop,١٩٨٦) أي أن زيادة القدر من المعلومات الصحيحة عن مضار التدخين على علبة السجائر قد قلل بشكل واضح من معدلات التدخين .

٢- أن تبرز وسائل الإعلام مزايا عدم التدخين، فقد لا تكفي معرفة المدخن بمضار التدخين لزيادة دافعيته للامتناع عن التدخين ،وإنما إدراكه مزايا عدم التدخين، فالبحوث (Leventhal; et al.,١٩٨٥) تؤكد أن توقعات

---

* وبدأت بريطانيا عام ٢٠٠٨ إلزام شركات تصنيع السجائر بطبع صور على علبة السجائر تبرز أضرارها الصحية.

الأفراد مزايا عدم التدخين، يجعلهم يتخذون قرارًا بالامتناع عن التدخين .

ويجب أن تلعب وسائل الإعلام دورًا بارزًا في حماية الصغار من تعلم سلوك التدخين، بألا تنقل عدسات الصحف والتليفزيون صورة أية شخصية – مهما كان موقعها ومكانتها – وهي تدخن، وذلك أثناء تغطيتها للأحداث السياسية والاجتماعية والرياضية، كما يجب أن تتولى أجهزة الرقابة على المصنفات الفنية حذف[1] المشاهد السينمائية والتليفزيونية التي تبرز المدخن في صورة إيجابية، أو تحاول ربط التدخين بالمتعة والرجولة والإثارة...الخ، فالصورة المعتادة في وسائل الإعلام هي أن علامة سعادة البطل وانسجامه هي تدخين سيجارة ،وعلامة حزنه وإحساسه بالإحباط أيضًا هي تدخين سيجارة، حتى إن السيجارة هي العامل الوحيد المشترك في المناسبات المفرحة والمترحة على حد سواء، ففي المأتم تقدم السجائر، وفي الأفراح تقدم السجائر، ويعد تدخين المدعوين لها مجاملة لأصحاب المناسبة [٢]، وهذه الصورة يجب أن تغيرها وسائل الإعلام وتعمل على إحلال بدائل للسجائر، وهذا يتطلب قدرًا من الوعي والمعرفة الصحيحة، ووسائل الإعلام مسئولة عن تحقيق ذلك، ليس هذا فقط ، بل يجب عليها أن تدعو الناس إلى تكوين جماعات – في المدارس والنوادي وأماكن العمل المختلفة وغير ذلك – تعارض التدخين وتتبنى اتجاهات مضادة له، وتخلق سياقًا اجتماعيًا يحبذ عدم التدخين.

٣- أن تتضمن المقررات الدراسية للتلاميذ الذين تتراوح أعمارهم مابين ١٣و١٥سنة، دروسًا توضح الآثار المباشرة الناتجة عن تدخين سيجارة مجرد سيجارة واحدة، وجدير بالذكر أن مقرر العلوم على طلاب الصف الثالث الإعدادي بمصر، تضمن درسًا عن علاقة تدخين السجائر بأمراض الجهازين التنفسي والدوري (كأمراض القلب

---

[1] وليس الاكتفاء بكتابة عبارة "التدخين ضار بالصحة" أسفل الشاشة؛ حيث نسبة من المشاهدين أميين ونسبة أخرى لن تنتبه وتقرأ، كما أن الصورة أكثر تأثيرا من الكلمة.

[٢] اتضح أن المناسبات الاجتماعية السعيدة على رأس الظروف التي تيسر بدء التدخين .(انظر: عبد المنعم شحاته،١٩٨٩) ليس هذا فقط ، بل تيسر تعاطي المخدرات والعقاقير المختلفة . (انظر: عبد السلام الشيخ، ١٩٨٨؛مصطفى سويف ، ١٩٩٦).

وتصلب الشرايين...الخ) أو ما يسمى بأمراض المرحلة الوسطى من العمر، التي تعد آثارًا بعيدة المدى للتدخين، لا يلحظها المراهقون فيمن يعرفونهم من المدخنين (من أقرانه أو مدرسيه أو والده)، فلم تؤت أكلها، بدليل أن أكثر من عشرة في المائة من طلاب الصف الأول من المرحلة الثانوية – بأنواعها – المصريين يدخنون، وتتضاعف هذه النسبة في العام التالي ، فأكثر من عشرين في المائة من طلاب الصف الثاني يدخنون (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٧٨:٣٤؛ Davine ١٩٨٥ & Ostrom) وذلك لأن المراهقين في هذه السن أكثر توجهًا للحاضر منهم للمستقبل، مما يعني ضرورة التركيز على الآثار المباشرة – وليس بعيدة المدى – لتدخين سيجارة ،مجرد سيجارة واحدة.

٤- إعطاء المدرسين – بمراحل التعليم المختلفة – دورات تدريبية حول آثار التدخين المباشرة ومضاره بعيدة المدى، وحثهم على عدم التدخين أثناء إلقاء الدروس أو على مشهد من تلاميذهم في الأوقات الأخرى خارج الدرس، ذلك لأن المدرس قدوة قد يحاكي بعض الطلاب سلوكه في تدخين السجائر .ونفس الشئ للرياضيين ورجال الإعلام والعاملين في مجال الصحة [1] وكل الشخصيات ذات التأثير – بحكم موقعها المهني – في الآخرين .

رابعًا : زيادة وعي الناس بحكم الدين في تدخين السجائر :-

النقطة المهمة التي يجب الالتفات لها هي ضرورة تأكيد الحكم الفقهي لتدخين السجائر، وتوحيد [2] هذا الحكم ، ونشره ليعرفه كافة الناس؛

---

[1] وقد سبقت الإشارة - في الفصل الرابع - إلى ظهور برامج تدخل لمنع التدخين تعتمد أساسًا على الأطباء والعاملين في مجال الصحة ، وكذلك على الرؤساء والزملاء في مؤسسات العمل الأخرى ،باعتبارهم عنصرا فعالاً يساعد على منع التدخين في مجالهم.

[2] ذكر الشيخ جاد الحق - شيخ الجامع الأزهر رحمه الله - في حديث لجريدة الأهرام الصادرة في ١٩٨٧/٣/١٤- أن تدخين السجائر مكروه ، ثم عاد وأكد في حديث لفضيلته نشرته جريدة أخبار اليوم ١٩٨٩/٥/٢٨بأنه حرام، وقد أفتى سماحة الشيخ محمد بن إبراهيم آل الشيخ مفتي الديار السعودية بتحريم الدخان، (عزت حسنين ، ١٩٨٤،المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون . دار الناصر بالرياض ص ١٣١- ١٤٠) كما ذكر الدكتور يوسف القرضاوي - في كتابه (الحلال والحرام في الإسلام) (١٩٧٦:٧٨) - أنه حرام لثبوت الضرر المترتب عليه والذي يلحقه بصحة المدخن وبماله وبصحة جلسائه .ومما لا شك فيه أن القول بتحريم تدخين السجائر قول صحيح في ضوء ما ورد بالفصل الأول من هذا الكتاب، وما ورد في القرآن الكريم (الآية ١٦٢من سورة

إذ يعد الدين الإطار المرجعي الذي يحتكم إليه الناس، على أساس أن تقويم موضوع أو فعل ما، أو تحديد مشروعية الإقدام عليه أو الإحجام عنه، تتم في إطار التقويم الديني، أي الحكم بأنه حلال أو حرام، فعلى سبيل المثال، هناك أدلة على أن عدم تيقن الأفراد بحكم الدين في تعاطي الحشيش أو اعتقادهم بأنه ليس حرامًا، يسر بدء تعاطيهم له وشجعهم على معاودة التعاطي، لذا فإن من يعتقد أن تعاطي الحشيش حرام كان ١٢,٣% من عينة المتعاطين، في مقابل ٣٥,٨% ممن يناظرهم من غير المدخنين، يؤكد ٣٣,٣٣%من المدخنين من طلاب الصف الثالث الثانوي العام أن الدين لم يحرم تدخين السجائر (هند طه،١٩٨٤:٩٩) .

وتتضح أهمية معرفة الفرد بالحكم الفقهي لتدخين السجائر، حينما نجد أن ٧٦% من غير المدخنين الذين ذكروا أن تدخين السجائر حلال، قد ذكروا أنهم سيدخنون إذا أتيحت لهم الفرصة ، بينما ذكر ٤٧% من غير المدخنين الذين لم يستطيعوا تحديد ما إذا كان التدخين حلالاً أم حرامًا سيمتنعون عن التدخين ؛لأنه ضار بالصحة، في حين أكد كل من ذكر أن تدخين السجائر حرام بأنهم لن يدخنوا مطلقًا (عبد المنعم شحاتة، ١٩٨٨؛ Ternes, ١٩٧٧)؛ وتدعم نتائج البحوث الأمريكية ذلك (استعرضها:Bachman; et al.,٢٠٠٢:١٧) إذ أن المتدينين أقل ميلا لتعاطي الكحوليات والماريوانا والمخدرات الأخرى كما يميلون لاختيار أصدقاء لا يتعاطون؛ ويتبنى المراهقون المتدينون اتجاهات سلبية نحو التعاطي، وتضيف دراسة "والاس" Wallace وزملائه (٢٠٠٧) – بمشاركة ١٦٨٢٢ من طلاب المدارس العليا الأمريكية – أنه كلما ارتفع مستوى تدين الفرد كلما قل احتمال أن يدخن أو يتعاطى خمرا وماريوانا؛ وأنه كلما ارتفع مستوى التدين داخل المدرسة ككل كلما تناقص عدد المدخنين ومتعاطي الخمر والماريوانا بين طلابها؛ وأن شيوع التدين داخل المدرسة

البقرة.والأيات ٤ ، ٥ ، ٨٨ من سورة المائدة ، ١٥٧من سورة الأعراف ، ومن سورة النحل) والأحاديث الشريفة التي تنهي عن تناول كل ما هو مسكر ومفتر وعن إلحاق الأذى بالنفس وبالأخرين ، وعن إضاعة المال. ومن الأجدى ـ في مثل هذه الأمور ـ الأخذ بالتحريم لأنه أكثر إلزامًا للنفس من القول بأنه مكروه (على الرغم من قول الرسول ﷺ :اتقوا الشبهات) وقد حدث =..
..= في موسم الحج ١٤٠٨هـ ، ١٩٨٨م وكذلك عام ١٤١٥هـ ، ١٩٩٥م أن اختلف الحجاج المصريون في أمر تدخين السجائر أثناء الإحرام ، وقلة هم الذين أيقنوا أنه حرام.

يقلل احتمالات تعاطي الماريوانا بين طلابها؛ وأن علاقة مستوى تدين الفرد بمعدل تدخينه يتباين تبعاً لمستوى تدين المدرسة ككل بمعنى أن مرتفعي التدين في سياق متدين أقل ميلاً للتدخين من مناظرين لهم في مستوى التدين لكنهم في سياق أقل تدينا.

كما تتضح أهمية معرفة الفرد بالحكم الفقهي للتدخين حينما نجد أن هذه المعرفة تحدث تغييرًا في الاتجاه المحبذ للتدخين أكثر مما يحدثه ذكر الأضرار الصحية أو الخسائر الاقتصادية المترتبة على تدخين السجائر، فنسبة تغيير الاتجاه نحو التدخين نتيجة معرفة الحكم الفقهي كانت ٥٢% ، بينما كانت ١٨,٥% نتيجة معرفة أضراره الصحية ، و١١,٨% نتيجة معرفة الخسائر الاقتصادية المترتبة عليه (Omer, ١٩٨٤)، أي أنه مجرد معرفة الناس بحكم الدين في تدخين السجائر يمكن أن يساهم بشكل فعال في مكافحة التدخين ويقلل معدلاته، وما أيسر ذلك فقط يتفق فقهاؤنا على حكم الإسلام في تدخين السجائر، ثم ينشر هذا الحكم في كافة وسائل الإعلام ليعرفه الجميع .

هذه بعض الوسائل التي تلجأ إليها الحكومات لمكافحة تدخين السجائر والتي تمكن من خلق سياق اجتماعي يرفض التدخين، فلهذا المناخ دوره الرئيسي في إنقاص معدلات استهلاك السجائر، وخصوصًا بعد أن تبين لنا أن بدء التدخين يرجع - في المقام الأول - إلى وجود سياق اجتماعي يحبذ التدخين ويتقبله (انظر: الفصل الثاني من هذا الكتاب) ويشجعه ، وأن ٩٨% من حالات معاودة التدخين بعد امتناع عنه تكون بسبب ضغوط اجتماعية (انظر:الفصل الرابع من هذا الكتاب)، أي أن المشكلة الخطرة (والتي كشف الفصل الأول عن جوانب خطورتها) التي تواجه عالمنا المعاصر هي اجتماعية المنشأ، فتستوجب حلاً اجتماعيا لها ،وهذا ما حاول الفصل الحالي أن يقدمه ،فتمت الإشارة إلى أربع وسائل يسهل إتباعها، وقد سبق للمجتمعات الغربية (في أوروبا وأمريكا) أن اتبعت الوسائل الثلاث الأولى، فأحدثت تأثيرًا هائلاً، فعلى سبيل المثال، كانت توقعات العلماء الأمريكيين في التسعينيات - في ضوء تزايد استهلاك الأمريكيين للسجائر خلال القرن العشرين أنه سيكون في الولايات المتحدة الأمريكية تسعون مليون مدخن في عام ١٩٨٦، فإذا بها بعد إتباع الوسائل

الثلاث السابق الإشارة إليها - خمسون مليون فقط *، بل ويتوقع بعض الخبراء أن كلاً من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة والسويد ، ستكون عام ألفين مجتمعات خالية من دخان السجائر ، فمعدلات التدخين في هذه الدول تتناقص باضطراد (Chandler,١٩٨٨) هذا نتيجة مباشرة للحملة الشعبية والرسمية المضادة للتدخين، والتي توظف كل ما هو متاح حتى علب السجائر، وتسعى هذه الحملة إلى تقليل دافعية الأفراد لبدء التدخين أو للاستمرار فيه أو لمعاودته بعد امتناع عنه، وذلك من خلال تبصير الجميع بمضار التدخين على الفرد والأسرة والصحة والاقتصاد القومي، وإبراز حقوق غير المدخنين في استنشاق هواء نقي.

ماذا لو استفادت مجتمعاتنا العربية والإسلامية من هذه الخبرات التي اكتسبتها المجتمعات الغربية، ووظفتها في مكافحة التدخين، وماذا لو أضافت مجتمعاتنا العربية والإسلامية إلى هذه الوسائل - التي حققت النتائج المذهلة - الوسيلة الرابعة التي سبق الإشارة إليها والمستمدة مباشرة من ديننا الحنيف ومن المؤكد أن النتائج ستتضاعف، فكثير من المسلمين سيحجمون عن التدخين إذا عرفوا أنه حرام، سيتردد المراهق آلاف المرات قبل أن يمد يده إلى علبة سجائره ليشعل إحداها، ويقوي عزمه على الامتناع والإصرار على ذلك، وترتفع احتمالات نجاح محاولته الامتناع عن التدخين [١] ولن يقتصر الأمر على الفرد؛ إذ سوف تتحمس هيئات وجماعات - رسمية وغير رسمية - كثيرة لمكافحة التدخين؛ لأنه منكر يجب تغييره، وقد تلجأ حكومات بعض الدول الإسلامية إلى حظر إنتاج السجائر، وحظر استيرادها أو الاتجار فيها؛ لأن الكسب منها مثله مثل الكسب من صنع الخمر أو المتاجرة فيه، فهيئة الصحة العالمية تصنف (النيكوتين) - العنصر الفعال في السيجارة - ضمن المواد المؤثرة في الحالة النفسية، مثله مثل كل أنواع الخمور ومشتقات الأفيون، وغيرها من المخدرات الطبيعية والمصنعة .

* أصبحوا عام ٢٠٠٧ خمسة وأربعون مليونا وسجّل تناقصًا سنويًا في عدد المدخنين بمعدل ٢% .

[١] للفكرة الدينية دور إيجابي فعال في تركيب الحضارة إذ تشرط الفرد ، وتنظم غرائزه (حاجاته ورغباته) وتمنحه القوة على تحمل الآلام الجسام (لمزيد من التفاصيل حول هذا الدور والأدلة التاريخية التي تثبت ذلك : انظر : مالك بن نبي ، ٨٨ : ١٩٦٩ - ١٠٥).

المراجع العربية :

١- **أحمد الرفاعي غنيم**

١٩٨٦ أثر التدخين على الذاكرة قصيرة المدى. **الكتاب السنوي في علم النفس**، المجلد الخامس : ٤٤٩: ٤٦٩، القاهرة: الأنجلو المصرية .

٢- **أحمد فؤاد الأهواني**

١٩٩١ الحب عند العرب . القاهرة : دار المعارف (سلسلة اقرأ) .

٣- **ابن باجه**

١٩٨٣ في المتحرك (تحقيق : عبد الرحمن بدوي). بيروت : دار الأندلس .

٤- **ابن سينا**

١٩٤٨ الإشارات والتنبيهات (تحقيق سيلمان دنيا). القاهرة : دار إحياء الكتب العربية.

٥- **ب . رنوفان**

١٩٧١ **تاريخ العلاقات الدولية**، الجزء الأول (ترجمة: جلال يحيى). القاهرة: دار المعارف .

٦- **حاسم الجزار**

٢٠٠٤ **بعض المحددات النفسية المنبئة بتدخين السجائر.** رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب،جامعة المنوفية .

٧- **زكريا توفيق أحمد**

١٩٨٨ دراسة لبعض سمات الشخصية وعلاقتها بالتدخين لدى طلاب كلية التربية. **علم النفس** ، ٧: ٤٠- ٤٥ .

٨- **عادل الدمرادش**

١٩٨٢ **الإدمان** . الكويت :عالم المعرفة (٥٦).

٩- **عبد الحليم محمود السيد**

١٩٩٧ **شبكة المخدرات في الوطن العربي.** مركز الدراسات والبحوث أكاديمية نايف للعلوم. الرياض. ص ص ٣٧- ١١٣.

١٠- ــــــــــــــــ

١٩٧٩ **علم النفس الاجتماعي والإعلام.** القاهرة : دار الثقافة

١١- ــــــــــــــــ **وآخرون**

١٩٩٠ اتجاهات التغير في حكم الإصابة بالأمراض الجسمية

والنفسية المصاحبة لتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب. **علم النفس**، ١٣ : ٨٤- ٩٥ .

١٢- **عبد الستار إبراهيم**
١٩٨٠ **العلاج النفسي الحديث :قوة الإنسان**. الكويت :عالم المعرفة، العدد ٢٧ .

١٣- **عبد السلام أحمدي الشيخ**
١٩٨٨ بعض الشروط المسئولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير.**علم النفس** ،٨ : ١١ -٢٧ .

١٤- **عبد القاهر الجرجاني**
دلائل الإعجاز: في علم المعاني.طبعة منشئ المنار الشيخ محمد رشيد رضا

١٥- **عبد المنعم شحاتة محمود**
١٩٩٥ مكونات الإعلام وآثاره من منظور علم النفس.**عالم الفكر**، ٢٤ (٢/١) : ٢٩١- ٣١٥ .

١٦- ________
١٩٨٩ أ بعض محددات بدء المراهقين تدخين السجائر.**علم النفس**، ١٢: ٨٣- ٨٩ .

١٧- ________
١٩٨٩ ب الاتجاه نحو عمل المرأة خارج المنزل: مقارنة بين التسلطيين وغير التسلطيين **مجلة العلوم الاجتماعية**،١٧، (خريف): ١٦١- ١٨١ .

١٨- ________
١٩٨٨ **تغيير الاتجاه نحو التدخين :دراسة تجريبية**. رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب – جامعة القاهرة .

١٩- ________
١٩٨٥ **بعض الخصائص المعرفية والوجدانية للأزواج وعلاقتها بتقبلهم أفكارا خاصة بعمل المرأة خارج المنزل**. رسائل ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب – جامعة المنيا.

٢٠- **عمر عبد العزيز عمر**
١٩٨٨ **دراسات في التاريخ الأوروبي الأمريكي الحديث**. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

٢١- **ج.غازدا، ر. كورسيني (محرران)**
نظريات التعلم :دراسة مقارنة (ترجمة :علي حسين حجاج) الكويت: عالم المعرفة ،الجزء الأول،عدد ٧٠، ١٩٨٠الجزء

الثاني، عدد ١٠٨، ١٩٨٦ .

٢٢- أ. فيرز

١٩٨٦ **نظرية التعلم الاجتماعي لـ روتر** في : غازدا، كورسيني (مرجع سابق) .

٢٣- **مالك بن نبي**

١٩٦٩ **شروط النهضة** (ترجمة: عمر مسقاوي وعبد الصبور شاهين). بيروت :دار الفكر .

٢٤- **مصطفى سويف**

٢٠٠٢ تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الثانوي العام والفني:دراسات مقارنة علي أسس ميدانية.المجلد العاشر.القاهرة:المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٢٥- ــــــــــــــــ

١٩٩٦ **المخدرات والمجتمع**: نظرة تكاملية الكويت: عالم المعرفة (٢٠٥) .

٢٦- ــــــــــــــــ **وآخرون.**

١٩٨٧ **المخدرات والشباب في مصر: بحوث ميدانية في مدى انتشار المواد المؤثرة في الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب** القاهرة: منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٢٧- **أ . نيفنز، هـ. كوماجر.**

١٩٨٣ **موجز تاريخ الولايات المتحدة.** (ترجمة :محمد بدر خليل) ، القاهرة : دار المعارف.

٢٨- **ز. هارسيناي، ر. هتسون**

١٩٩٨ **التنبؤ الوراثي** (ترجمة: مصطفى فهمي). الكويت: عالم المعرفة ، العدد ١٣ .

٢٩- **ك . هولاند، أ. سيجادوا .**

١٩٨٦ **التعلم بالملاحظة لباندورا.** في غازدا، كورسيني (مرجع سابق) .

٣٠- **هند سيد طه**

١٩٨٤ **بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بتدخين السجائر لدى طلاب الثانوي العام.** رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب – جامعة القاهرة .

٣١- ــــــــــــــــ

١٩٨٨ **تدخين السجائر طويل المدى:دراسة للأداء على**

بعض الاختبارات النفسية الموضوعية رسالة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب – جامعة القاهرة .

المراجع الأجنبية:

32- Ashton. H. & Stepney, R.
1982 **Smoking: Psychology and pharmacology.** London : Tavistock.

33- Bachman,J.; O`Malley,P.; et al
2002 **The decline of substance use in young adulthood : changes in social activities, roles, and beliefs**. New Jersy: Lawrence Erlbaum Associate.

34- Bagozzi, R.
1989 Attitudes and communication; In : Forthcoming **international Encyclopedia of communication**. Oxford Uni. Press (draft).

35- -------------
1986 Attitude formation under theory of reasoned action and a purposeful behavior reformulation. **Br. J. Soc. Psychol.,** 25:59- 107.

36- Ball, K.
1986 Smoking spells death for millions. **World Health Forum**, 7: 211- 216.

37- Berckler, S.
1984 Empirical validation of effect behavior and cognitive as a distinct component of attitudes. **J. Pers. Soc. Psychol**., 47: 1191- 1205.

38- Best. A: Bass, F. & Owell, L.
1977 Delivery in a smoking cassation programme for public health. **Canadian. J. Public Health**, 68: 469- 473.

39- --------- et al.
1984 Smoking prevention and the concept of risk. **J Appl. Soc. Psychol.,** 14: 257- 273.

40- --------- & Haksian, A.
1978 A situation – specific model for smoking behavior. **Addict Behave.,** 3: 79- 92.

41- --------- & Sudfield, P.

1982 Restricted environmental stimulation therapy and behavioral self- management in smokıng cessation. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 12: 408- 419.

42- ----------: Wain Wright, P. ; Mills, D. & Kirkland,S.
1985 Biobehavioral approaches to smoking control; In: W. Linden (ed) **Biological barriers in behavioral medicine.** New York : karger.

42- Biglan. A. & Ary, D. V.
1989 Methodological issues in research on smoking prevention; In: C. Bell & R. Battzes (Eds). **Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents.** Washington DC: NIDA Research Monograph (draft).

43- --------- & Lichtenstein,E.
1984 A Behavior–analytic approach to smoking acquisition: Some recent findings. **J. Appl. Soc. Pychol.,** 14: 207- 223.

44- ---------;McConnell,S.; Severson,H.; Bavry, J.&Ary, D.
1984 A situational analysis of adolescents smoking. **J. Behav. Med.,** 7: 107- 114.

45- ---------------- Severson, H., Bavry, J. & McConnell, S.
1983 Social influence and adolescent smoking a first look behind the brain. **Health Education,** Sep/ Oct. : 14-18 .

46- Biglan, A. & Taylor, K.
2000 Why we been more successful in reducing tobacco use than violent crime?. **American J. of Community Psychol.,** 28 (3) : 269- 302.

47- Blanchard, E.
1994 Behavior medicine & health psychology (701-733) In: a Bergin & E. Garfield (eds.) **Handbook of psychotherapy and behavior change.** New York: Wiley & Sons.

48- Botvin, G.; Baker, E.; Renick, N.; Filazzola, A.

& Botvin, E.
1984 A Cognitive–behavioral approach to substance abuse prevention. **Addict Behave.** 9: 137: 147.

49- ------------- & Eng. A.
1982 The efficacy of a multicomponent approach to the prevention programme. **Prev. Med.**, 11: 199- 211.

50- Bonino, S.; Cattelino, E. & Ciairano, S.
2005 **Adolescents and risk: *Behavior, functions, and protective factors.*** Springer

51- Brook T.; Pahl, K. & Brook, D.
2008 Tobacco use & dependence (149-177) In: C. Essau (ed.) **Adolescent addiction: Epidemiology, assessment & creation.** Amsterdam Academic.

52- Brown, R., Lichtenstein. E., Mclntyre, K. & Harrington Kostur,
1984 Effects of nicotine fading and relapse prevention in smoking cessation. **J. Cons. Clin. Psychol.**, 52: 307- 308.

53- Buivydaite, K.; Domarkiene, S.; Reklatitoeng R. & Tamosiuans, A.
2003 The Prevalence & trends of the smoking habits among middle-aged Kaunas population during 20 years & their relation with sociodemographic status. Medicine (Kaunas), 39 (10) :99-106.

54- Califano, J.
2003 Release of the 2002 National survey of American attitudes In substance abuse VII (www.casacolumbia.org/Neesletor).

55- --------------
2003 Tobacco use among middle & high School Students. MMWR, 52 (1) : 7-9.

56- Chaiken, S. & Stanger, C
1987 Attitudes and attitude change. **Ann. Rev. Rsychol.**, 38: 575- 630.

57- Chandler, W.
1986 Tobacco – strong words are not enough. **World Health Forum**, 7: 217- 225.

58- Connor, S. & Mcintyre,
1999 Socio–demographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada. **Caradian Journa of Public Health**, 90(5):352-355.

59- Cox T.; Jacobs,M.; Leblance, A. & Marshman, J .
1983 **A drug band drug abuse: A reference text**. Toreno : Addition Research Foundation.

60- Currg, S.
1993 Self – help intervention for smoking cessation. **J. Cons. Clin. Psychol**. 61: 790- 803.

61- Davine P. & Ostrom,G.
1985 Cognitive mediation of inconsistency discounting. **J. Pers. Soc. Psychol.,** 49: 5-21.

62- Deaux, K. & Wrightsman N.
1988 **Social psychology**.California: Brooks / Cal.

63- Deleon, J,
2005 A meta analysis of worldwide studies demonstrates and association between schizophrenia & tobacco smoking behaviors. **Schizophr, Res.,** 76 (2-3) 135- 157.

64- Dreisback, R.
1980 **Handbook of poising**. California: Long Medical Pub.

65- Eagly, A. & Chaiken, S.
1984 Cognitive theories of persuasion. **Adv. Exp. Soc. Psychol.,** 17 : 268- 359.

66- ----------& Himmelfarb, S .
1978 Attitudes and opinions. **Ann. Rev. Psychol**., 29: 517- 554.

67- Eiser, J.
1978 Discrepancy dissonance and dissonant smoker. **Inter. J. Addict.,** 13: 1295- 1305.

68- ---------& Van der Pligh, J.
1984 Attitudinal and social factors in adolescent smoking : Search of peer group influence. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14: 384- 363

69- Erwen, P.
2001 Attitudes & persuasion. Taylor & Francis.

70- Evans, R.
1976 Smoking in children developing a social psychological strategy of deterrence. **Prev. Med.,** 5: 122- 127.

71- -----------; et al
1978 Deterring the onset of smoking in children :Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure media pressure and parent modeling. **J. Appl. Soc. Psychol.,**8:126- 135.

72- ----------; Rains, B. & Hanselka, L.
1984 Developing data based communications in social psychological research: Adolescent smoking prevention. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14:289-295.

73- Eysenck, H.
1973 Personality and maintenance of the smoking habit.(113- 143) In: W. Dunn Jr (ed.) **Smoking behavior: Motives and incentives.** Washington, D. C : Winston and sons.

74- ------------
1954 **The Psychology of politics**, London : Rotledge & Kegan Poul.

75- Fazio, R. & Zanna, M.
1981 Direct experience and attitude behavior consistency. **Adv. Exp. Soc. Psychol.,** 14: 161- 202.

76- Fishbein, M.
1982 Social psychological analysis of smoking behavior.(179- 197)In : R. Eiser (ed.) **Social psychology and behavioral medicine.** New

York : Wiley & Sons. Ltd.

77- ------------ & Ajzen, I.
1975 **Belief, attitude, intention and behavior,** Reading Mass : Addison- Wesley.

78- Flay, B.
1985 Psychosocial approaches to smoking prevention : A review of finding. **Health Psychol.**, 4: 449- 488.

79- ----------; et al .
1980 Are social psychological smoking prevention programs effective?: The Waterloo study. **J. Behav. Med.,** 8: 37- 59 .

80- -----------;d' Averras J., Best, A.; Kersell, M.& Ryan,K.
1983 Cigarette smoking why young people do it and ways of Preventing It.(132- 183)In: P. Mcgrath & P. Firestone (Eds) **Pediatric and adolescent behavioral medicine.**NewYork: Spriinger .

81- Floter, S. & Kroger, C.
2007 Self change: The role among smoker (105-112) in : Klingemann & Sobell (eds) **Promoting Self change from addictive behavior .** Springer.

82- Friend, K.; Malloy, P. & Sindelar, H.
2005 The effects of chronic nicotine and alcohol use on neurocognitive function. **Addictive Behaviors,**30: 193-202.

83- Gahringe , L. & Rogers, S :
2008 Neuronal nicotinic Acetycholine receptor expression & function on nonneuronal cells (147-167) In : R. Rapaka & W. Sadee (eds) **Drug addiction**. Springer.

84- Glasgow, R.; Klesges, R.; Godding, P.; vasey, M, & O'Neill, H.
1984 Evaluation of a worksite – controlled smoking program. **J. Cons. Ciln. Psychol.,** 52: 137- 138.

85- Gomma, **Report of health interview survey** : health profile of Egypt. Results of the first cycle. Publication No. 16. July .

86- Green,
1977 Psychological factors in smoking (pp, 149-156) in : **Jarvik, et al.,** 1977

87- Corti, E.
1932 A history of smoking. Harcourt, Brace And Company. (Through : Jarvik, et al, 1977 :505).

88- Gutschoven, K, & Van de Bulck, J.
2004 Television viewing & smoking volume in adolescent smokers: A cross– sectional study. **Preventive Medicine,** 39 (6) : 1093- 1098.

89- Haddad, L, & Malak, M. .
2002 Smoking habits & attitudes towards smoking among university students in Jordan international. **J. of Nursing Studies** 39 (8) : 793-802.

90- Hall. S.; Tunstall, C. & Jones, R .
1984 Preventing relapse to cigarette smoking by behavioral skill training **J. Cons. Clin. Psychol.,** 52: 372- 382.

91- Health, A. & Madden, P.
1995 Genetic influences on smoking behavior.(37 -48) In J. Tuner; L. Cardon & J. Hewitt (Eds.) **Behavior genetic approaches in behavioral medicine**. New York : Plenum.

92- Heller, K.; Swindle, R, & Dusenburg, L.
1980 Component social support processes: Comments and integration. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 54: 466- 470.

93- ----------- et al.
1984 **Psychology and community change**: Challenges of future. Illinois the Dorsey Press. 2ad ed.

94- Henningfleld, J. & Keeman, R .
1993 Nicotine delivery kinetics and abuse

liability. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 61: 743- 750.

95- Hemrikus, H.; et al.
2005 The effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. **Preventive Medicine,** 40(3) : 249- 258,

96- Hirschman, R.; Leventhal, H, & Glynn, K,
1984 The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross–sectional survey data. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14: 184- 206.

97- Hovland, C.; Janis, I. Kelley, H.
1953 **Communication and persuasion**. New Haven : Yale Uni. Press.

98- Insko, C. & Schopler, J.
1972 **Experimental social psychology**. New York: Academic Press .

99- Jamesion, G.
1985 **Communication and persuasion. London** : Croom Helm.

100- Jarvik, N.
1979 Biological influences on cigarette smoking (pp.7-45) **In: Krasnegor,** 1979.

101- ---------; Cullen, J; Grits E.; Vogt, T.& West. L.
1977 **Researsh on smoking behavior.** Washington: NIDA Research Monogreph 17.

102- Janis, I. & Hovland, C ,
1959 An overview of persuasbility research.(1-16)In: C. Havland & I. Janis (Eds) **Personality and rensuasbility**. New Haven: Yale Uni. Press.

103 Kamarck, T. & Lichtenstein, E.
1985 Current trends in clinic – based smoking control. **Ann. Behav. Med**., 7: 19- 23.

104- Kandal, D .
1987 Convergences in prospective longitudinal surveys of drug in normal populations.(3-37)In: D. Kandel; et al (Eds) **Longitudinal research on drug use: Empirical finding and**

methodological issues. New York: Wiley & Sons Ltd.

105 ----------; Kessler, R. & Margulies, R .
1978 Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis.(73- 99)In: D. Kandel; et al (Eds) **Longitudinal research on drug use : Empirical finding and methodological issues.**

106- Keirnan, C.
1978 Behavior modification.(336-448) In: Clark & Clark (Eds) **Reading from mental deficiency**. London.: The Chaving Cutlook.

107- Killen, S.; Vard,T.; Rogers, J.; Green, G. & Schatzberg, A.
2004 Randomized clinical trail of the efficacy of Buprop. J. **Con. & Clin. Psychol.**, 72 (4).

108- Kittleson, M. & McCay, W.
2005 **The truth about smoking** . New York: Book Builders. Lic.

109- Klingemonn, H. & Klingeonn,J .
2007 Hostile & favorable societal clincetes for self change (186-212) In : H. Klingemonn & L. Sobell (eds) **Promoting self change from addictive behaviors**. Springer.

110- Knapp, N.
1980 **Essentials of nonverbal communication**. New York: Holt Rinehart.

111- Koop, C .
1986 A society free smoking by the year 2000. **World Health Forum**, 7: 226-231.

112- Krasnegor, N. (Ed.)
1979 **The Behavioral aspects of smoking**. Washington: NIDA Research Monograph 26.

113- Lnacker, J.
1977 Smoking and disease. (230- 283) In: Jarvik; et al, 1977.

114- Leeder, I.

1977 Sociocultural factors in the etiology of smoking behavior :An assessment.(186- 201) In: **Jarvik et al,** 1977.

115- Leventhal, H.

1986 Health psychology : A social psychological Perspective.(448 -476)In: L. Berkowitz. **A Survey of social psychology**.

116- -----------

1970 Findings and theory in the study of fear communications. **Adv. Exp. Soc. Psychol.,** 5: 119-186.

117- --------- & Cleary, P.

1980 The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk reduction. **Psychol. Bull.,** 88: 370- 405.

118- ---------; Porhaska, T.& Hirschman, R.

1985 Preventive health behavior across the life span.(191- 238)In: Rosno & L. Solomon (Eds) **Prevention in health psychology**. New Hampshire:Uni Press. of New England.Vol. 8.

119- Lerman, C.; Caporaso, N.; Audrain, J.; Main, D.; Bowman, E.; Lockshin, B.; Boyd, N. & Shieds. P.

1999 Evidence suggesting the role of specific genetic factors in- cigarette smoking. **Health Psychology,** 18, 14- 20.

120- Lichtenstien, E.; Antonceio, D. & Raiwsher, G.

1980 **The resumption of cigarette smoking : A situational analysis of retrospective reports**. Unpublished Manuscript .

121- Lichtenstenin, E.; Antonceio & Brown, R.

1980 Smoking cessation methods: Review and recommendations.(169- 206)In: W. Miller (Ed) **The addictive behaviors: Treatment of al-cholism drug abuse, smoking and obesity**. Oxford Bergman Press.

122- ------------ & Danaher, B.

1976 Modification of smoking behavior : A

critical analysis of theory research and practice. (76- 132)In M. Hersen et al. (Eds) **Progress in behavior modification**. New York: Academic Press .

123- -------------- & Glasgow, R.
1992 Smoking cessation : What have we learned over the past decades?. **J. Cons. Clin Psychol.,** 60 :518- 527.

124- Lopez, N.
2002 How important are tobacco prices in the propensity to start & quit smoking. **Health Econ.**, 11 (6) : 521- 535.

125- Luce, B. & Schweitzer, S .
1977 The Economic costs of smoking – induced illness. (221- 229) In: **Jarvik, et al.,** 1977

126- McEwen, A.; Hajek, P.; McRobbie & West, R.
2006 **Manual of smoking cessation**. Oxford : Blackell.

127- McGuire, W.
1985 Attitudes and attitude change.(2: 233-346)In: Lindzey & E. Aronson (Eds). **The Handbook of social psychology**. New York :RanDom House.

128- Mermelstein, R.; Cohen, S.; Lichtenstein, E.; Baer, J. & Kamarck, T .
1986 Social support and smoking cessation and maintenance. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 54: 447-453.

129- Millar, M. & Tesser, A .
1986 Effects of affective and cognitive focus on attitude – behavior relation. **J. Pres. Soc. Psychol.,** 51: 270- 276.

130- Muckay, J. & Eriken, M.
2002 **The Tobacco atlas**. WHO.

131- Murray, D.; Johnson, C.; Luepker, R.& Mittelmark, M.
1984 The prevention of cigarette smoking in

children A comparison of four strategies. **J. Appl. Soc. Psychol.**, 14: 274- 288.

132- Omer, S.; et al:
1984 Prevention of the smoking epidemic in a developing country – Egypt: A Review paper. **Armed Forces Medical Journal,** 27: 136- 146.

133- Orleans, C.; Kristeller, J. & Gritz, E.
1993 Helping hospitalized smoking quit: New directions for treatment and research. **J. Cons. Clin. Psychol.**, 61: 778- 789.

134- Parrott, A.
1999 Dose cigarette smoking cause stress?. **Amer Psychol.**, 54: 517- 820.

135- Pechacek, T.
1979 Modification of smoking behavior (127-188) In: Krasnagor, 1979.

136- Pollin, W .
1977 Foreword. (5-6) In: **Jarvik, et al**, 1977.

137- Pomerleau, O.; Collins A.; Shifman S. & Pomerleau,.
1993 Why some people smoke and others do not: New perspective. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 61: 723- 731

138- Quattrone, G .
1985 On the congruity between internal states and actions. **Psychol. Bull.,** 98: 3-40.

139- Royce, J.; Corbett, K., Sorensen, G: & Ockene, J .
1997 Gender social pressure & smoking cessations. **Social Science & Medicine**, 44(3): 359- 370,

140- Russell, M.
1977 Smoking problems: An overview.(13-34) In: **Jarvik et al.,** 1977.

141- Sobell, L.
2007 The Phenomenon of self change: Overview key issues (1-30) In: Klingerionn & Sobell (eds) **Promoting self change from addiction behaviors.** Springer.

142- Sabol, S.; Fisher, C., Gunzerath, L., Brody, C.; et al.
1999 A Genetic association for cigarette smoking behavior. **Health Psychol.**, 18: 7- 13.

143- Sandford, A.
2008 Trends in smoking among adolescents and young adults in the United Kingdom. **Health Education,** 108 (3): 223-236.

144- Schnall, R.; Wang, H., et al.
2005 Change in worksite smoking behavior following cancer risk feedback : A Pilot study **Am. J. Health Behav.**, 29 (3): 215- 217.

145- Schuman, L ,
1977 Patterns of smoking behavior.(36-66) In: **Javik, et al,** 1977.

146- Schwartz, J .
1977 Smoking cues : Ways to kick an unhealthy habit.(308- 338) In: **Jarvik, et al,** 1977.

147- Shechter, R.
2006 **Smoking, culture & economy in the middleest.** London. I.B. Tauris.

148- Shifman, S.
1993a Smoking cessation treatment : Any progress. **J. Cons. Clin. Psychol.** 61: 718- 722.

149- ------------
1993b Assessing smoking patterns and motives. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 61: 732-742

150- Solomon, R. & Corbit,J.
1974 An Opponent–process theory of motivation: temporal dynamics of affect. **Psychol. Rev.,** 8: 119- 145.

151- Soueif, M.; Darweesh, Z. & Taha, H.
1985 The Association between tobacco smoking and use of another psychoactive substances among Egyptian male students. **Drug & Alcohol Dependence**, 15: 4- 7- 56.

152- Soueif, M.; El-Sayed,A.; Darweesh, Z.&Hannoura, M
1980 The Egyptian **study of chronic cannabis**

consumption. Cairo: NASER.

153- Stanton, W.; Surrie, G.; Oei T. & Slive, P.
1996 Development approach to influences on adolescents smoking & quitting. **Journal Of Applied Developmental Psychology,** 17(3): 307- 319.

154- Starr, J.; Deary, I.; Fox, H.& Whalley, L.
2007 Smoking and cognitive change from age 11 to 66 years: A confirmatory investigation. **Addictive Behaviors,**32: 63-68.

155- Sutton, S.
1982 Fear–arousing communications: A critical examination of theory and research.(303- 335)In: R Eiser (Ed) **Social psychology and behavioral medicine.** Wiley & Sons Lids.

156- Sweemey, P. & Gruber, K .
1984 Selective exposure: Voter information preferences The Watergatte affair. **J. Pers. Soc Psychol.,** 46: 1208- 1221.

157- Ternes, J.
1977 An opponent process theory of habitual behavior with special reference to smoking (pp 157- 158) In: **Jarvik, et al,** 1977.

158- Triandis, H.
1977 **Interpersonal behavior.** Montery. Calif Brooks : Cale (Through : Eagly & Himmelfarb, 1978).

159- Uma Ram Nath.
1986 **Smoking: Third world alert.** New York: Oxford Uni. Press.

160- USDHHS
2001 Women & Tobacco

161- USDHHS
2005 Making your workplace smokefree.

162- USDHHS
2006 The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke.

163- USDHHS
2008 Treating tobacco use & dependence.
164- Vogal, J.
2003 The relationship between depression & smoking in adolescents, J of Adolescence J. (Avalrable at www.findarticles.com)
165- Wallace, J., Jr., Yamaguchi, R., Bachman, J. O'Malley,P., Schulenberg, J. & Johnston, L.
2007 Religiosity and adolescent substance use: The role of individual and contextual influences. ***Social Problems***,*54*(2): 308–327.
166- Warren, C.; et al.
2008 Global youth tobacco surveillance, 2000—2007. MMWR,57(ss01):1-21.
167- Wilson, D.; Smith, B.; Speizer, I.; et al.
2005 Differences in food intake & exercise by smoking status in adolescents. **Preventive Medicine,** 40(6) : 872-879.
168- WHO.
1980 **International program on the diagnosis and classification of mental disorders subgroup 4: Alcohol and drug related problems**. Washington 25- 29th Augst.
169- Whetzel , C.; Corwin, E.& Klein, L.
2007 Disruption in Th1/Th2 immune response in young adult smokers. **Addictive Behaviors**,32:1-8.
170- www.ash.org.uk.
171- www.casacolumbia.org
172- www.cdc.gov
173- www.surgeongeneral.gov
174- Yang, G.; Fan, L., Tan, J., et al.
1999 Smoking in China: Finding of the 1996 national prevalence survey. **Journal of American Medical Association**, 282 (13) : 1247- 1253.

الفهرس

مطابع الدار الهندسية
موبايل: ٠١٢٢٣٤٩٠١١ تليفاكس: ٢٩٧٠٣٧٦٦



صدر أيضاً للناشر

نظريات حديثة فى التقويم التربوى — د.سعاد الفجال

المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية — د.محمد حسن غانم

صعوبات التعلم النمائية — د.سُليمان عبدالواحد

علم نفس النمو — د.حسام أبو سيف

علم نفس التربوى — د.حسام أبو سيف

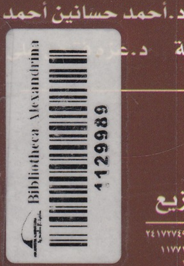
الطفل التوحدي — د.حسام أبو سيف

النـــوم المشكلات - التشخيص - العلاج — د.ألفت كحلة & د.طارق أسعد

المدخل إلى علم النفس المعاصر — د.سُليمان عبدالواحد

سيكولوجية الألم — د.أحمد حسانين أحمد

نموذج مستقبلى لمنهج التربية المدنية فى المدرسة الثانوية — د.عز[illegible]



إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

١٢ شارع حسين كامل سليم - ألماظة - مصر الجديدة - القاهرة - ت : ٢٤١٧٢٧٤٩
فاكس ٢٤١٧٢٧٤٩ - ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدى : ١١٧٧١
Website : www.etracpublishing.com
E-mail : etraccom@gmail.com